

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1953

N°

575

THÈSE
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

par

RECHT Pierre

Né le 21 Juillet 1920 à HOCHFELDEN (Bas-Rhin)

Présentée et soutenue publiquement le : 24 Juin 1953

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES
IMMÉDIATES ET SECONDAIRES PRÉCOCES

Président : Monsieur J. QUENU, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

NOM DU CANDIDAT : RECHT

PRENOMS : Pierre

DATE DE LA SOUTENANCE : 24 Juin 1953

NUMERO D'ORDRE :

RECHT (Pierre)

Contribution à l'étude des
occlusions post-opératoires
immédiates et secondaires
précoces - Paris, 1953, in-4°
115 p. 17 pl. h. t. (Th. Méd.
(Et.), Paris, 1958
N°)

RECHT (Pierre)

Contribution à l'étude des
occlusions post-opératoires
immédiates et secondaires
précoces - Paris, 1953, in-4°
115 p. 17 pl. h. t. (Th. Méd.
(Et.), Paris, 1958
N°)

RECHT (Pierre)

Contribution à l'étude des
occlusions post-opératoires
immédiates et secondaires
précoces - Paris, 1953, in-4°
115 p. 17 pl. h. t. (Th. Méd.
(Et.), Paris, 1958
N°)

RECHT (Pierre)

Contribution à l'étude des
occlusions post-opératoires
immédiates et secondaires
précoces - Paris, 1953, in-4°
115 p. 17 pl. h. t. (Th. Méd.
(Et.), Paris, 1958
N°)



DOYEN HONORAIRE

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GOUGEROT, GUILLAIN, HARVIER, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, SABIE, SEBILLEAU, SEZARY, TANOU.

Doyen Léon BINET
Membre de l'Institut
Assesseur Jean VERNE

I - PROFESSEURS

Anatomie	CORDIER (G.)								
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)								
Bactériologie	GASTINEL (P.)								
Biologie appliquée à l'Eduo. Phys. et Sports	CHAILLEY-BERT (P.)								
Biologie Médicale	VERNE (J.)								
Cancérologie Médicale et Sociale	HUGUENIN (R.)								
Carcinologie	OBERLING (C.)								
Chimie Médicale	POLONOVSKI (M.)								
Cliniques Chirurgicales	<table><tbody><tr><td>Hôtel-Dieu</td><td>BROCQ (P.)</td></tr><tr><td>Saint Antoine</td><td>CADENAT (F.)</td></tr><tr><td>Salpêtrière</td><td>MONDOR (H.)</td></tr><tr><td>Cochin</td><td>QUENU (J.)</td></tr></tbody></table>	Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)	Saint Antoine	CADENAT (F.)	Salpêtrière	MONDOR (H.)	Cochin	QUENU (J.)
Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)								
Saint Antoine	CADENAT (F.)								
Salpêtrière	MONDOR (H.)								
Cochin	QUENU (J.)								



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552217_0038

Clinique Chirurgicale, Réparatrice et Orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de Cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de Chirurgie Infantile et d'Orthopédie	FEVRE (H.)
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de Puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et Syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des Maladies du Sang	CHEVALIER (P.)
Clinique des Maladies du Système Nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des Maladies des Enfants	DEBRE (R.)
Clinique des Maladies Infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Cliniques Médicales	Hôtel-Dieu Bichat Cochin Pitié BENARD (H.) LAROCHE (G.) MOREAU (R.) LEMAIRE (A.)
Clinique Méd. d'Hydro-climatologie Thérapeutique	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique Médicale Propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Cliniques Obstétricales	Tarnier Baudelocque Port-Royal LANTUEJOUL (P.) LEVY-SOLAL (E.) LACOMME (H.)
Clinique Ophtalmologique	VELTER
Clinique Oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique Problèmes Alimentaires (Chaire à titre personnel)	RICHET (C.)
Clinique Psychiâtrique Infantile	HEUYER (C.)
Clinique Rhumatologique	COSTE (F.)
Clinique Stomatologique	DECHAUME (H.)
Clinique Thérapeutique Chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique Thérapeutique Médicale	CHABROL
Clinique Urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique Médicale	LAMY (M.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	MOUQUIN (H.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hygiène et Clinique de la Première Enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et Médecine Préventive	JOANNON (C.)

Médecine du Travail	DESOILLE (R.)
Médecine Légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et Histoire Naturelle Médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie Chirurgicale	De GAUDARD-D'ALLAINES
Pathologie Exotique	LAVIER (G.)
Pathologie Expérimentale et Comparée	LENEGRE (G.)
Pathologie et Thérapeutique Générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et Matière Médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie Médicale (Chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique Médicale	STROHL (A.)
Radiologie Médicale	DESCREZ (H.)
Technique Chirurgicale	MOULONGUET (F.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)
Pathologie Médicale	BARIETY (M.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	{ DEBEYRE (J.) DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARS Hlle Pr.s.ch. MELE (P.) BUSSE (F.)
Bactériologie	{ FASQUELLE (R.) NEVOT (A.)
Biochimie Médicale	BOURLIERE (F.)
Chimie Médicale	{ ETTORI (J.) Pr.s.ch. JAYLE (H.F.) SCHAPIRA (C.)
Dermato-syphiligraphie	N ...
Histologie	{ BULLIARD (H.) Pr.s.ch. COUJARD (R.)
Hydrologie	DEBRAY (C.)
Hygiène	{ BOYER (J.) DEPARIS (M.)

Médecine Légale	{ DEROBERT (L.) GAULTIER (M.)
Neuro-chirurgie	N ...
Neurologie	SEZE (S. de)
Obstétrique	{ GRASSET (J.) LEPAGE (E.) MAYER (M.) BERGER (R.) RAVINA (J.) VARANGOT (J.)
Ophtalmologie	{ OFFRET (G.) DESIGNES (F.)
Oto-rhino-laryngologie	{ HALPHEN (E.) Pr.s.ch. MADURO (R.)
Parasitologie	ERUEPT (L.)
Parasitologie Coloniale	CHABAUD (A.)
Pathologie Chirurgicale	{ ABOULKER (F.) BAUMANN (J.) GOSSET (J.)
Pathologie Chirurgicale	{ HUGUIER (J.) LAURENCE (G.) LEGER (L.) OLIVIER (Cl.) PADOVANI (F.) POILLEUX (M.) ROUX (M.) RUDLER (J.C.) VERNE (J.M.)
Pathologie Expérimentale	MERKLEN (P.)
Pathologie Médicale	{ BERNARD (J.) BOUDIN (G.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DECOURT (J.) DOMART (A.) DREYFUS (G.) FAUVERT (R.) HAMBURGER (J.) KOURILSKY (R.) MILLIEZ (P.) FERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.) N ... N ... N ...

Pédiatrie	{ LAPLANE (R.) MARIE (J.)
Pharmacologie	{ LEVY (Mlle J.) Pr.s.ch. CHEYMOL (J.H.) Pr.s.ch.
Physiologie	{ BARJETON (D.) Pr.s.ch. PARROT (J.)
Physique Médicale	{ DJOURNO (A.) GOUGEROT (L.)
Psychiatrie	BARCK (S.)
Psychiatrie Infantile	MICHAUD (L.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	PERPULIT (Chargé Enseig.)
Urologie	KUSS (R.)

III - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

Obstétrique	{ BRINDEAU (A.) LE LORIER (V.) VAUDESCAL (R.)
Clinique Chirurgicale	GATELIER (J.)

IV - PROFESSEUR SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

Clinique Chirurgicale	{ AMELINE (A.) MENEGAUX (G.) PATEL (J.) SICARD (A.)
Clinique Médicale	{ BROULIN (R.) BROUET (G.) CACHERA (R.) GARCIN (J.)
Clinique Médicale	{ HAGUENEAU (H.) MARCHAL (G.) SOULIE (E.)

Clinique Obstétricale

{ DIGONNET (L.)
ECALLE (G.)

Clinique Ophtalmologique

REILLARD (G.)

Clinique Urologique

COUVELAIRE (R.)

Secrétaire Général de la Faculté MOREL (J.)

Secrétaire-Adjoint Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur Mr. le Dr. HAHN (A.)

Bibliothécaires MMes DOUAN (G.)

DUMAITRE (P.) GOICHON (A.M.)

LE NOIR (G.) BETIN (F.)

A ma Mère

en témoignage de mon affection
et de ma profonde reconnaissance.

A la mémoire de mon Père

qui le premier m'apprit à aimer
et à comprendre les hommes.

A ma Famille

A mes Amis

qui, par leur confiance et leur soutien, nous permirent de mener à bien cette tâche et ceci jusqu'à la fin.

Avec ma profonde reconnaissance.

A tous mes Camarades de la Salle de Garde.

A Monsieur le Professeur J. QUENU

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

qui a bien voulu accepter la
présidence de notre thèse.

En témoignage de notre profonde
reconnaissance.

A notre Maître
le Docteur Marc ISELIN

Chirurgien Chef de Service
Membre de l'Académie de Chirurgie

qui nous inspira le sujet de ce
mémoire.

En témoignage de notre reconnaissance.

Il nous a inculqué son enthousiasme
et sa foi chirurgicale.

Nous ne saurions trop le remercier
de son enseignement et de sa bien-
veillante confiance.

A notre Maître

Monsieur le Docteur J. AUDOUIN

qui guida nos premiers pas, dont
nous suivîmes les judicieux conseils
et qui, par la confiance qu'il nous
témoigne, nous permit de persévérer.

En témoignage de notre profonde
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur J. MIALARET

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Pour tout l'aide et les conseils
qu'il a bien voulu nous prodiguer.

En témoignage de notre profonde
reconnaissance

A Monsieur le Docteur G. MORIN

Radiologiste des Hôpitaux de Paris

Avec toute notre reconnaissance

A nos Maîtres
du Service de Chirurgie

Monsieur le Docteur-BLANGUERNON

Monsieur le Docteur FICHEUX

Madame le Docteur PERET

Monsieur le Docteur SENECHAL

Monsieur le Docteur DIECKMANN

Monsieur le Docteur DUCROQUET

qui, s'ils réfreinèrent souvent nos
jeunes ardeurs, nous enseignèrent les
éléments primordiaux de la technique
chirurgicale.

En témoignage de notre profonde
reconnaissance.

A nos Maîtres
des Facultés et Hôpitaux
de Dijon, Marseille et Paris

Avec toute notre reconnaissance.

A nos Maîtres et Amis
les Docteurs J. MARTIN et M. GAHINET

Avec notre profonde reconnaissance.

I N T R O D U C T I O N

On appelle "occlusion post-opératoire", un syndrome anatomo-clinique succédant à une intervention chirurgicale, abdominale le plus souvent, et caractérisée cliniquement par un arrêt des gaz et des matières, et anatomiquement, par la distension de l'intestin.

Elle est immédiate et précoce si elle se produit avant l'écoulement du délai normal de guérison opératoire. Elle devra donc, en principe, avoir lieu en prenant les cas extrêmes, au cours du premier mois suivant le jour de l'intervention chirurgicale.

Le problème des occlusions post-opératoires reste, pour le chirurgien, le problème angoissant par excellence, car, s'il est armé pour lutter contre cette complication, il en connaît aussi l'extrême gravité. Problème délicat à résoudre au point de vue diagnostic en particulier, parce que survenant chez un malade qui est encore en pleine période de maladie opératoire, ou qui en sort à peine. Problème d'autant plus difficile qu'il y a une grande variabilité de mécanismes occlusifs, de lésions et d'indications opératoires.

Si on envisage le mécanisme occlusif du point de vue anatomo-chirurgical, on peut le diviser en quatre catégories :

1 - Strangulation

Il s'agira, le plus souvent, de volvulus, d'invagination, d'étranglement interne, ou de bride serrée.

2 - Obturation

Celle-ci peut être

- Intrinsèque, dans certains cas de défectuosité d'un bouton anastomotique ;
- Pariétale, lors d'une sténose d'anastomose intestinale ;
- Extrinsèque, provoquée par une agglutination d'anses, une bride peu serrée, une coudure.

3 - Dys-dynamique

Il s'agira dans ce cas, d'occlusion par perturbation de la mécanique intestinale.

Ajoutons à ces trois variétés, une toute spéciale aux occlusions post-opératoires :

l'occlusion due au drainage..

Ce dernier peut être la cause, soit d'une obturation, soit d'une strangulation.

Les lésions rencontrées au cours de l'occlusion intestinale post-opératoire peuvent être également variables.

Dans l'occlusion dys-dynamique, il s'agira essentiellement de distension plus ou moins généralisée des anses intestinales, tant du grêle, que du gros, avec, par endroits, des zones spasmodiques.

Dans l'occlusion par obturation, à la distension plus ou moins localisée d'un segment intestinal, s'ajoutent des lésions pouvant intéresser le péritoine ou l'intestin, sans toutefois mettre au début sa vitalité en cause.

Dans l'occlusion par strangulation par contre, la distension d'un segment intestinal sera toujours accompagnée de lésions pariétales et

vasculaires de l'intestin, cause inévitable d'un sphacèle de l'anse à plus ou moins brève échéance.

Ces divers types d'occlusion peuvent parfaitement ne pas se présenter à l'état de pureté, soit qu'elles s'intriquent l'une avec l'autre, soit qu'il y ait une évolution de l'une à l'autre.

Quant-à la variabilité de l'indication opératoire, elle provient de la difficulté du diagnostic étiologique qui ne peut être fait que par l'examen clinique et radiologique.

La classification anatomo-chirurgicale ne se superpose pas exactement aux faits observés en clinique :

- La strangulation réalise les formes extrêmement douloureuses et ceci sans périodes de rémission.
- L'obturation réalise les formes peu douloureuses, douleurs survenant quelquefois par crises paroxystiques.
- L'occlusion dys-dynamique réalise les formes pratiquement indolores ou douloureuses à minima.

Il en est de même de l'examen radiologique qui ne peut traduire, en réalité, que deux types d'occlusion :

- L'occlusion mécanique englobant les occlusions par strangulation et obturation.
- L'occlusion dys-dynamique.

En fonction de tous les problèmes envisagés plus haut et compte tenu de l'état général du malade, le chirurgien se trouvera placé devant le dilemme : Faut-il opérer ? Peut-on ne pas opérer ?

Or, il ne tient pas particulièrement à réintervenir sur un malade opéré depuis quelques jours et s'il réintervient, il peut souvent trou-

ver à côté de lésions qui justifient le risque opératoire, d'autres lésions qui nécessitent des gestes opératoires peu concluants (libération d'anses agglutinées par exemple).

D'après notre expérience, s'étageant sur ces dernières années, il a pu nous paraître rassurant de classer les occlusions post-opératoires en trois catégories :

- Celles qui justifient une indication opératoire impérative,
- Celles qui nous permettent un espoir de résolution sans l'intervention chirurgicale,
- Celles pour lesquelles nous sommes sûrs que seul, un traitement médical est justifié.

Les occlusions post-opératoires peuvent être

1 - Immédiates

Elles succèdent à l'intervention dans les heures et jours qui suivent et ceci, sans que le malade ait pu manifester d'une façon quelconque, la reprise d'un transit intestinal normal.

2 - Secondaires précoces

Dans les jours qui suivent l'intervention, reprise à un moment ou à un autre, d'un fonctionnement intestinal normal ou sub-normal, puis arrêt brutal de ce dernier. Le malade n'a pas encore été considéré comme définitivement guéri, n'a pas quitté le service : il n'a pas repris ses activités antérieures.

3 - Tardives

Elles surviennent un temps plus ou moins long après la guérison trouvant leur raison d'être dans l'intervention même. Elles ne rentrent

pas dans le cadre de notre travail.

Nous apportons comme contribution à cette étude 18 occlusions post-opératoires immédiates et secondaires précoces chez 15 malades opérés dans le service entre 1950 et 1953.

M E C A N I S M E

LESIONS ELEMENTAIRES

Les divers mécanismes occlusifs vont pouvoir se manifester de trois façons bien distinctes : la strangulation - l'obturation - la distension réflexe ou occlusion dys-dynamique. Une catégorie spéciale nous semble devoir être réservée aux occlusions survenant après drainage et trouvant leur origine dans ce dernier.

Ces diverses formes peuvent exister à l'état de pureté, se trouver associées ou passer de l'une à l'autre.

1 - Strangulation

Dans ce cas, l'anse intestinale va se trouver étranglée soit par une torsion serrée, une incarceration au travers d'un orifice anormal le plus souvent, ou une bride serrée.

Elle baigne fréquemment dans un plus ou moins abondant liquide séro-hématique péritonéal.

A la distension progressive de l'anse et à l'occlusion due à l'agent de striction, vont très rapidement se surajouter des phénomènes locaux trouvant leur raison d'être dans la strangulation même. En effet,

il se produira un ralentissement et un arrêt plus ou moins rapide de la circulation mésentérique d'où risque de sphacèle, de perforation de l'anse et ceci tant à cause de l'écrasement des tuniques que de celui des vaisseaux.

Il s'installera une ischémie progressive, d'abord stase veineuse, suivie de thrombose, puis stase capillaire et finalement artériolaire. L'anse va changer de couleur et de consistance, par anoxie progressive et finalement irréductible. Elle va passer du rose au rouge, puis au noir (classiquement feuille morte), perdre son élasticité, sa tonicité, son imperméabilité. Sa lumière va se remplir d'un liquide séro-hématique dû à l'exsudation. L'évolution vers la perforation, le sphacèle et la gangrène va pouvoir se faire très rapidement.

Au niveau de la striction, ces divers phénomènes vont pouvoir se produire avec encore plus de rapidité et on a pu voir de véritables sections d'anses par bride très serrée ou même des sections spontanées au moment d'une libération de bride, d'où risques surajouté de péritonite.

Cette strangulation pourra se faire par divers mécanismes :

- L'incarcération

Elle pourra être pariétale dans certains très rares cas, l'anse étant étranglée dans des points de fermeture de la ligne d'incision.

Elle est le plus souvent profonde, l'anse s'étranglant au travers d'un orifice normal ou anormal, brèche créée opératoirement. Il peut s'agir de véritables étranglements internes.

Observation N° 13

Madame R... est opérée dans le service le 16 Mai 1951 pour hystérectomie totale. Le diagnostic d'occlusion mécanique ayant été posé, on réintervient. Dès ouverture du péritoine on aperçoit des anses intestinales moyennement dilatées, baignant dans un liquide séro-hématique.

Après les avoir refoulées, on tombe brusquement sur une anse grêle étranglée par un orifice de la péritonisation colon-vessie. Elle est violacée, inerte, très tendue sur 20 cm environ. Par application locale de sérum chaud et injection de Novocaïne dans le méso, elle est reprise de mouvements péristaltiques. Aubout de quelques minutes, elle se recoloré et on décide de la réintégrer.

Cette brèche peut siéger sur l'épiploon ou le méso; elle peut se voir aussi du fait de la disposition nouvelle que l'intervention a créé au niveau des organes intra-abdominaux comme c'est le cas lorsqu'on suspend l'utérus à la paroi abdominale par l'intermédiaire des ligaments ronds.

Plusieurs cas ont été observés après ligamentopexie, soit selon la méthode de DOLERIS (ALESTE) ou de BALDY-DARTIGUES.

On a décrit des occlusions par incarceration après intervention sur l'estomac; il s'agirait soit d'incarcération du grêle au travers d'une brèche mésocolique ou d'incarcération prévertébrale.

On en voit après résection du rectum (CHARRIER-MASSE), après création d'anus droit ou gauche, l'anse venant s'incarcérer dans la gouttière latéro-colique.

Plusieurs cas ont été publiés après iléo-transversostomie et iléo-sigmoïdostomie.

- Le volvulus

On peut voir des volvulus de segment mobile du tractus digestif : volvulus de l'estomac, de la presque totalité du grêle, du caecum, du colon-pelvien. Il s'agit le plus souvent d'un volvulus de l'anse grêle, véritable torsion sur son axe mésentérique amenant à brève échéance un véritable sphacèle de cette dernière (BOUDREAUX-MIALARET).

Cette anse peut être fixée par une adhérence ou une bride qui forme le point d'appui autour duquel l'anse intestinale pivote.

D'autres fois, le volvulus post-opératoire peut s'expliquer par des modifications de la statique des organes abdominaux après chirurgie-exérèse. Le cas de DURET reste classique; il concerne une malade opérée pour hystéropexie - Le lendemain, occlusion aiguë par un volvulus total avec torsion de 270° environ.

Certains auteurs ont pu quelquefois invoquer la position de TRENDELENBOURG pendant l'intervention chirurgicale. On n'en voit plus guère de nos jours; nous n'en avons constaté aucune dans le service, depuis de nombreuses années. Peut-être est-ce en rapport avec les techniques modernes d'anesthésie, la position de TRENDELENBOURG étant prohibée chez les malades sous curare et pentothal.

- Les brides

C'est une des causes les plus fréquentes des strangulations.

Cette bride peut relier l'intestin au mésentère, à la paroi, à un viscère voisin; elle peut être formée aux dépens de l'épiploon ou de franges épiploïques. Elle peut être due à l'appendice, à un diverticule de Meckel, à une trompe.

Le plus souvent, il s'agit d'une néo-formation fibreuse ayant son point de départ dans une adhérence localisée.

On en voit quelquefois après appendicectomie à chaud, après intervention sur le colon et le rectum, après intervention sur le grêle, après myomectomie.

Une bride peut, à elle seule, sectionner l'anse étranglée (HUET).

Elle peut être unique :

Observation N° 12

Monsieur H... est opéré le 9 Juillet 1951 pour appendicite sub-aiguë et perforation d'ulcus gastrique. Il présente le 7ème jour un

syndrome occlusif. On porte le diagnostic d'occlusion mécanique nécessitant une réintervention. Lors de cette dernière, on trouve une anse grêle étranglée par une bride iléo-caecale très serrée; l'anse est violacée, inerte, très distendue mais, après résection de la bride, application de sérum chaud et infiltration de Novocaïne dans le mésentère, on arrive à la faire revivre. On décide de la réintégrer.

Ces brides peuvent être multiples :

Observation de BRAINE

Après myomectomie, on est obligé de réintervenir pour phénomènes occlusifs. On trouve au milieu d'un magma d'anses péricaeco-coliques, trois sténoses étagées, l'une à la fin de l'iléon, l'autre à 20 cm, de l'angle iléo-caecal et la dernière à 40 cm de la valvule de Bauhin.

Ces brides ont très souvent une tendance très nette à la récurrence :

Observation N° 13

A la suite d'une hystérectomie totale, on est obligé de réintervenir deux fois, pour bride serrée la première fois, et peu serrée la deuxième fois. Pour éviter une nouvelle récurrence, on a préféré pratiquer cette fois-ci une opération de Noble.

2 - Obturation

Elle peut se voir après n'importe quelle intervention chirurgicale abdominale.

Elle sera rarement intrinsèque : cas d'un bouton anastomotique migrateur.

Elle peut être pariétale, lors d'anastomose imparfaite. Il faut faire rentrer, dans cette étude, les cas observés après gastrectomie sub-totale, l'occlusion étant due à un oedème de la bouche anastomotique.

Mais le plus souvent l'obturation trouvera son origine dans des causes extrinsèques. Une ou plusieurs anses intestinales vont se trouver obturées, par un abcès, un processus de péritonite plastique adhésive, une agglutination d'anses, en un mot des phénomènes trouvant leur origine dans une infection le plus souvent localisée.

Les lésions de l'anse seront beaucoup moins graves que dans la strangulation, la vascularisation en étant au début peu ou pas compromise.

L'épanchement péritonéal sera minime et presque toujours séreux, clair. Il peut manquer.

L'intestin est distendu, congestionné; quelquefois, oedématié ou épaissi dans sa totalité.

La circulation veineuse pourra en être ralentie, d'où gêne dans la circulation de retour, un certain degré de stase sanguine provoquant dans l'anse une très légère anoxie.

En amont de la lésion, les anses sont distendues; elles le sont d'autant plus qu'on se trouve plus près de l'obstacle.

En aval, les anses sous-jacentes sont aplaties, contractées, comme recroquevillées et saines; il est exceptionnel, mais possible qu'elles participent à la dilatation sus-jacente et l'emportent sur elle (dilatation paradoxale).

Par suite d'adhérences ou d'agglutinations, les anses vont pouvoir se coller l'une à l'autre d'où coutures multiples qui vont gêner le transit intestinal, la distension étant provoquée par l'inflammation de la séreuse.

Si la distension dure un temps assez long, on pourra secondairement assister à des phénomènes de nécrose au niveau de la muqueuse intestinale et ceci au point de pression maxima des gaz contenus dans la lumière intestinale.

Trois facteurs essentiels vont pouvoir donner naissance à des occlusions par obturation : les adhérences, les abcès, les agglutinations d'anses.

L'adhérence

Elle peut être vélamenteuse, formée d'une trame conjonctive, lâche, endothélialisée sur ses deux faces, souple, extensible, facilement rompue au doigt, saignant peu à la désinsertion.

Les adhérences peuvent être serrées, plus riches en tissu de sclérose, un peu oedématisées. Elles sont souvent dépourvues de lésion inflammatoire.

On peut les observer dans trois circonstances principales :

- Tantôt il s'agit de l'adhérence d'un segment de l'intestin au niveau d'une surface péritonisée ou d'une surface cruantée.

- Il peut s'agir aussi d'un processus de péritonite plastique adhésive accolant deux anses ou une anse à la paroi ou un viscère.

- La troisième éventualité est fournie par l'accolement de deux anses, par un processus de mésentérite rétractile ou par les voiles fibreux.

L'agglutination d'anses

Il s'agit ici de l'accolement de plusieurs anses intestinales entre elles ou d'un magma englobant grêle, épiploon et quelquefois la paroi.

Elle est due dans la majorité des cas à un processus inflammatoire.

Les agglutinations d'anses peuvent être provoquées et trouver leur raison d'être dans un exsudat fibrineux en dehors de tout foyer collecté suppuré.

On a mentionné aussi la part que pourrait avoir le talcage des gants et le dépôt de sulfamides insolubles dans la cavité péritonéale.

Les abcès

Nous avons observé plusieurs cas d'occlusion post-opératoire après abcès du Douglas, abcès de la région caeco-appendiculaire, après appendicectomie.

Ces abcès, par leur volume même, peuvent empêcher le transit intestinal et obturer les anses intestinales.

Par leur présence, ils peuvent être le siège de réaction de défense de voisinage, dont la plus simple est la formation d'adhérences et d'un tissu de sclérose pouvant accoler secondairement plusieurs anses.

Observation N° 6

Monsieur A... est opéré d'appendicite aiguë le 1er Février 1951. 14 jours plus tard, il présente des phénomènes occlusifs pour lesquels on intervient. On trouve dans la région iléo-caecale un magma d'anses agglutinées entre elles. Au centre de cette réaction adhésive importante, on aperçoit un volumineux abcès, les anses intestinales sont en très bon état, bien colorées, mais légèrement oedématisées.

3 - La distension réflexe ou occlusion dys-dynamique

Il s'agit d'une variété spéciale d'occlusion qui n'est ni une strangulation, ni une obturation. On l'appelle occlusion sans cause, occlusion fonctionnelle, occlusion dynamique, spasmodique, occlusion adynamique, paralytique.

Certains auteurs ont même affirmé qu'il ne s'agissait pas d'une occlusion, mais d'une fausse occlusion.

En réalité, il s'agit bien d'une occlusion car cliniquement arrêt des gaz et des matières, et anatomiquement présence d'une distension plus ou moins marquée.

D'autre part les problèmes qu'elle soulève, en particulier celui du diagnostic, est le même que pour les autres variétés d'occlusion.

Nous avons préféré employer le terme de dys-dynamique, signant par là un dys-fonctionnement de la dynamique intestinale; dynamique étant, pour beaucoup d'auteurs, synonyme de spasmodique et, adynamique de paralytique.

Existe-t-il d'ailleurs, des occlusions purement paralytiques ou spasmodiques ? Les différentes constatations opératoires semblent montrer la fréquente coexistence de zones d'anses dilatées contrastant avec des zones d'anses spasmodées.

Les occlusions dys-dynamiques peuvent se voir après n'importe quelle intervention chirurgicale.

Observation N° 1

Madame B... est opérée le 7 Février 1951, pour néo du pylore. On pratique une gastrectomie totale. Dès le 2ème jour, elle présente des phénomènes occlusifs importants; on installe une aspiration duodénale continue que l'on laisse 5 jours. L'occlusion est levée le 12 Février 1951.

Quelques cas ont été signalés après greffe osseuse au niveau de la colonne dorso-lombaire (Grefte d'Albee).

Plusieurs auteurs ont rapporté les cas d'occlusion dys-dynamique après intervention sur le rein ou l'arbre urinaire. Signalons un cas rapporté par ROUX et SEYER après cure de hernie inguinale.

La cause de ces occlusions doit être cherchée dans le système neuro-végétatif.

Il s'agit, en général, d'occlusion réflexe dont le point de départ peut être l'anse intestinale elle-même ou des interventions se faisant près des centres nerveux (racines médullaires par exemple). Le rôle du système nerveux a été particulièrement étudié par LERICHE.

Ces occlusions dys-dynamiques peuvent être pures, c'est-à-dire en dehors de tout épisode infectieux, ou trouver leur origine dans une infection le plus souvent généralisée (péritonite).

L'occlusion spasmodique ou dynamique se trouve en dehors de tout phénomène infectieux; elle est purement réflexe. Elle est caractérisée par une association paradoxale de distension importante de l'intestin avec ailleurs, une contracture tonique permanente, généralement localisée à un segment très limité du tube digestif.

Elle intéresse tout l'intestin, la contracture siégeant le plus souvent sur le gros intestin et particulièrement le colon gauche. Dans l'immense majorité des cas, la distension en amont, si elle entraîne le reste du gros intestin, englobe aussi de nombreuses, sinon la totalité des anses grêles.

L'occlusion paralytique ou adynamique accompagne le plus souvent sinon dans la majorité des cas, un facteur péritonique plus ou moins marqué.

On trouve une distension globale des anses intestinales (grêle et gros) sans obstacle réel au transit.

Les anses sont oedématisées, congestionnées, épaissies, rouges et quelquefois parsemées de fausses membranes fibrineuses. Elles baignent dans une sérosité le plus souvent purulente.

On a pu voir aussi des occlusions paralytiques en dehors de tout phénomènes infectieux. Dans ce cas, les anses sont distendues, amincies, mais sub-normales de consistance dans les premières heures de l'occlusion.

La caractéristique essentielle des occlusions dys-dynamiques se trouve dans la distension avec tous les accidents qui lui sont propres.

4 - Drainage

Le drainage peut être une cause fréquente d'occlusion post-opératoire, comme point de départ de réaction de défense locale : adhérence, agglutination d'anses, ou de formation de brides.

Drain de caoutchouc

Le drainage par drain de caoutchouc se voit fréquemment après appendicectomie pour appendicite aiguë gangrenée ou perforation d'abcès appendiculaire. Il peut se trouver placé soit dans la fosse iliaque droite ou drainer le cul-de-sac de Douglas.

Par sa présence, il peut être la cause d'occlusion, soit par obturation, soit par strangulation.

Par son volume et son siège, il peut comprimer une ou plusieurs anses intestinales, gênant de ce fait, le transit normal.

Secondairement, il pourra se faire à son contact, une réaction de défense sous forme de membranes fibrineuses lâches, sorte de fausses membranes, recouvrant la séreuse des anses. L'anse intestinale va être oedématisée, s'épaissir et sa vascularisation va en être gênée.

A un degré plus important, arrêt du transit intestinal, la distension réflexe prenant son point de départ dans l'irritation de la séreuse intestinale.

Ces éléments fibrineux vont, d'autre part, pouvoir permettre un accollement des anses intestinales entre elles, d'où coudure secondaire.

AMELINE et FOLLIASSON ont bien montré l'édification de la véritable cheminée que la coalescence des anses édifie à la périphérie du drain.

Observation N° 7

Hystérectomie totale, sans conservation + cure de hernie crurale droite. A la suite de phénomènes occlusifs, on réintervient 7 jours plus tard. Médiane sous-ombilicale itérative. La distension du grêle est moyenne. Après avoir récliné quelques anses on tombe subitement sur une anse très grêle, aplatie, recroquevillée sous l'anse précédente. A l'union des deux zones, est imprimé, sous la forme empreinte régulière et cylindrique, l'agent causal de l'obturation : le drain.

L'occlusion par strangulation peut se voir quelquefois à la suite d'un drainage par drain de caoutchouc. Les fausses membranes s'organisent de plus en plus le long du trajet du drain. Elles s'épaississent, deviennent de plus en plus fibrineuses et donnent, en dernier ressort, naissance à une bride plus ou moins serrée (GUEULETTE).

Ce processus d'édification de brides fibrineuses a été particulièrement étudié par le Professeur MONDOR. Son observation reste classique : à la suite d'une appendicectomie on réintervient pour phénomènes occlusifs; on trouve une bride serrée, sous laquelle une anse s'était étranglée. Elle suivait exactement le trajet du drain qu'on avait dirigé dans le cul-de-sac de Douglas.

Nous avons d'autre part remarqué plusieurs fois, un fait particulier qui mérite d'être signalé. Deux fois, à la suite d'occlusion post-opératoire, après intervention chirurgicale ayant nécessité un drainage, par drain de caoutchouc, le Docteur BLANGUERNON a été frappé par un écoulement abondant de sérosité claire. Cet écoulement a été tellement important qu'il nous a obligé à changer le pansement de nos opérés plusieurs fois par jour.

A la suite de ces observations, nous avons à plusieurs reprises, retrouvé ce signe (Observations N° 7, 8, 10, 14), et chaque fois que nous nous trouvions devant une occlusion post-opératoire chez un malade drainé, notre premier geste a été de retirer le drain de caoutchouc. Quelques heures plus tard, l'occlusion était en général levée.

Ce fait a d'ailleurs été signalé par BACON. Pour cet auteur "l'apparition subite d'une quantité importante de sérosité claire par le drain fait affirmer l'occlusion 12 à 24 h. avant le début des premiers signes cliniques".

Drainage à la Mickulicz

Ce mode de drainage ne met pas l'opéré à l'abri des troubles occlusifs. Par sa présence, en particulier lorsque les mèches sont très serrées, il peut comprimer une ou plusieurs anses intestinales, d'où gêne ou arrêt du transit intestinal.

Il est souvent la cause d'une réaction de défense de l'organisme, d'où constitution d'adhérences et d'éléments fibrineux pouvant occasionner des accollements ou agglutinations de plusieurs anses.

Il s'agit, le plus souvent, d'occlusion par obturation. CABANAC a rapporté deux observations d'occlusion précoce après appendicite aiguë drainée par Mickulicz. Il s'agissait d'occlusion par péritonite plastique adhésive régionale, réalisant une agglutination des dernières anses iléales.

SUCCESION ET ASSOCIATION DES DIVERSES CAUSES D'OCCCLUSION

Nous avons été frappés, dans plusieurs de nos observations, par la co-existence des diverses causes d'occlusion post-opératoire et ceci, chez le même malade. Cette succession des causes peut être diverse :

- Il peut s'agir d'occlusion par strangulation, suivie d'une occlusion par obturation (Observations N°13 et N° 3).
- D'occlusion par strangulation, suivie d'une occlusion sur drain.
- D'occlusion sur drain, suivie d'une occlusion par strangulation (Observation N° 14).
- D'occlusion par obturation suivie d'une occlusion par drain (Observation N° 10).

En principe, on peut envisager des occlusions dys-dynamiques, suivies d'occlusions par obturation, sous forme d'agglutination d'anses; ou des occlusions par strangulation, suivies d'occlusions dys-dynamiques, particulièrement après certains phénomènes infectieux.

Examinons certaines de nos observations :

Observation N° 10

Après incision et mise à plat d'un phlegmon pyo-stercoral du grêle, la malade présente des phénomènes sub-occlusifs, puis une occlusion intestinale 7 jours après l'intervention. Après examen clinique et radiologique, nous concluons à une occlusion mécanique par agglutination d'anses que nous traitons par l'aspiration duodénale continue. L'occlusion est levée 5 jours après la mise en oeuvre du traitement médical (7 Juillet 1951).

Les fistules intestinales ne se comblant pas, on réintervient le 20 Juillet 1951. On pratique une résection de 1 mètre de grêle, suivie d'anastomose termino-terminale aseptique. On place un drain dans le Douglas.

Le 3ème jour, toujours pas de reprise du transit intestinal. Après examens clinique et radiologique, nous faisons le diagnostic d'occlusion mécanique que nous traitons par l'aspiration duodénale continue; mais, ce n'est qu'après avoir retiré le drain au 5ème jour, que l'occlusion se trouve levée et ceci, dans les heures qui suivent.

Donc, ici, succession chez la même malade d'une occlusion mécanique par agglutination d'anses et d'une occlusion mécanique par drain de caoutchouc.

Observation N° 13

A la suite d'une hystérectomie totale pratiquée le 16 Mai 1951, notre opérée présente, 14 jours plus tard, une occlusion intestinale aiguë. Après divers examens cliniques et radiologiques, nous pensons

qu'il s'agit d'une occlusion par strangulation et nous réintervenons le 1er Juin 1951. Nous tombons sur une anse grêle étranglée dans un orifice du surjet colon-vessie; libération suivie de réintégration de l'anse.

18 jours après la deuxième intervention, il s'installe une nouvelle occlusion. Après examens clinique et radiologique, on porte le diagnostic d'occlusion mécanique par agglutination d'anses, la cause ne pouvant être qu'un abcès profond siégeant dans l'hypochondre droit. On évacue l'abcès et l'occlusion se lève dans les jours qui suivent, l'opérée restant sous aspiration duodénale continue.

Elle revient trois mois plus tard pour phénomènes sub-occlusifs. On réintervient et après avoir libéré plusieurs adhérences serrées, on pratique cette fois une opération de Noble.

Donc, nous trouvons une succession d'occlusion mécanique par strangulation, d'occlusion mécanique par obturation, et en dernier ressort, une occlusion mécanique par adhérences serrées.

Observation N° 3

A la suite d'une caecostomie pour néo du colon gauche, le malade présente une occlusion intestinale aiguë. Les divers examens cliniques et radiologiques nous permettent de porter le diagnostic de strangulation. On réintervient de suite. Le 19 Décembre 1950, section d'une bride très serrée. Réintégration de l'anse. Après avoir repris un transit normal, notre opéré présente le 25 Décembre 1950 un arrêt complet des gaz et des matières. On porte le diagnostic d'occlusion mécanique par agglutination d'anses. On installe une aspiration duodénale continue. Trois jours plus tard, l'occlusion est levée.

Dans ce cas, nous trouvons donc une succession d'occlusion par strangulation et d'occlusion par obturation.

Observation N° 14

Après hystérectomie sub-totale sans conservation, pratiquée le 13 Novembre 1951, notre opérée présente une occlusion intestinale aiguë que l'on étiquette dys-dynamique après examen clinique approfondi et que l'on traite par aspiration duodénale continue. Les phénomènes occlusifs cessent et ceci 4 jours après l'intervention.

Mais 48 h. plus tard, l'opérée présente un nouveau syndrome occlusif, dont la cause nous paraît en être le drainage, que l'on supprime. Quelques heures plus tard, la malade rend des gaz et des matières en abondance.

On réintervient dans les jours qui suivent à la suite de la formation d'un abcès pariétal. Après avoir incisé ce dernier, on place un drain de caoutchouc. L'opérée présente une deuxième occlusion sur drain qui, comme la précédente, cède de suite après l'ablation du drain.

Le 22 Décembre 1951, la malade présente un nouvel épisode occlusif. Les examens clinique et radiologique nous permettent de penser qu'il s'agit d'une occlusion mécanique que l'on commence par traiter par l'aspiration duodénale continue. Mais l'état de la malade continuant à s'aggraver, on réintervient d'urgence et l'on trouve deux anses cyanosées et inertes, très distendues, étranglées par une bride siégeant sur la racine du mésentère. On sectionne la bride et on réintègre les anses. Les suites opératoires sont normales et la malade quitte le service en excellent état.

Nous trouvons donc ici, une association d'occlusion dys-dynamique, de deux occlusions mécaniques sur drain, et finalement, d'une occlusion par strangulation.

Il nous a paru intéressant de résumer ces diverses observations pour bien montrer la grande difficulté du diagnostic et de la conduite à tenir en face de ces occlusions intestinales post-opératoires.

La difficulté majeure nous semble résider dans les suites opératoires immédiates car tout opéré passe par une période normale de parésie intestinale. La reprise du transit doit se faire normalement au bout de 36 à 48 heures après l'intervention. Un malade n'ayant pas rendu ses gaz au 3ème jour est-il en occlusion ? Se trouve-t-il encore en pleine maladie opératoire ? S'agit-il d'une occlusion vraie, nécessitant un traitement énergique ou une réintervention d'urgence ? Ou d'un dys-fonctionnement intestinal purement fonctionnel ou traduisant un certain degré d'inflammation péritonéale ?

Le problème peut encore se compliquer en cas d'association de divers mécanismes occlusifs. L'occlusion peut d'abord être dys-dynamique, puis se transformer par un processus inflammatoire en occlusion par obturation (agglutination d'anses par exemple) et finir par une occlusion par strangulation nécessitant une intervention d'urgence. On peut très facilement envisager une première réaction réflexe se manifestant par une occlusion dys-dynamique, se continuant secondairement par l'adhérence d'une ou plusieurs anses le long du trajet du drain et se terminant par une bride serrée étranglant une ou plusieurs anses intestinales.

Toutes les combinaisons peuvent se voir, mais seules, l'image radiologique et les nuances cliniques nous montreront l'importance à accorder à tel ou tel mécanisme occlusif, l'autre devant être considéré comme secondaire.

ETIOLOGIE

Tout acte chirurgical peut déterminer une occlusion post-opératoire, y compris la simple laparotomie exploratrice, mais en reprenant les diverses publications et travaux sur ce sujet, on s'aperçoit que deux catégories d'interventions dominent les autres par la fréquence avec laquelle elles sont suivies d'occlusion.

- D'une part, les opérations pour appendicite - D'autre part, les interventions gynécologiques. Viennent ensuite les opérations gastriques, les interventions sur le colon et le rectum.

LES OCCLUSIONS APRES INTERVENTION POUR APPENDICITE

Elles sont les plus fréquentes, de l'ordre de 2 % environ, après appendicectomie à chaud (REDON et LAFFITTE), dues peut-être au nombre très élevé d'appendicectomies pratiquées en général (McIVER).

Elles sont exceptionnelles après appendicectomie à froid.

La cause réside dans le drainage, la technique employée, la constitution d'abcès, la péritonite secondaire.

1 - Drainage

- Le drain de caoutchouc peut jouer un rôle direct important (MONDOR), soit comme agent d'obturation de la lumière de l'anse, soit comme agent d'édification d'éléments fibrineux pouvant entraîner la formation d'une bride.

- Le drainage à la Mickulicz, de nos jours beaucoup moins employé, peut lui aussi, être la cause de phénomènes de péritonite plastique adhésive, d'agglutinations d'anses.

2 - Non enfouissement du moignon appendiculaire

Il en existe des exemples indiscutables (THEILLIER), (ROUX et SEYER). Il peut se constituer au niveau du moignon restant une péritonite adhésive englobant plusieurs anses intestinales et logeant le plus souvent au niveau de l'angle iléo-caecal.

Le moignon peut, par sa surface cruantée, permettre un accollement secondaire avec l'épiploon ou une anse intestinale, ou d'autre part aider à la formation d'une bride.

3 - Agglutination d'anses

Dans certaines appendicites aiguës avec fausses membranes ou importante réaction de défense locale, avec adhérences multiples, il peut, malgré un enfouissement soigneux, se produire une agglutination d'anses, une péritonite plastique adhésive suivie d'occlusion.

Observation N° 2

Appendicectomie pour appendicite aiguë avec importante réaction de défense. Enfouissement du moignon au catgut. Deux jours plus tard, il se constitue une occlusion mécanique par obturation qui dure trois jours, que l'on traite par aspiration duodénale continue.

4 - Abcès

Plusieurs cas ont été publiés. Il s'agissait d'occlusions post-opératoires après appendicectomie, le plus souvent pour appendicite aiguë. Cet abcès peut être iliaque droit, méso-caelique ou pelvien.

Observation N° 9

Appendicectomie pour appendicite sub-aiguë. Enfouissement du moignon au fil de lin. Il se constitue d'emblée une occlusion mécani-

que par obturation que l'on traite par l'aspiration duodénale continue pendant 4 jours. A la suite de ce traitement, le malade commence à rendre quelques gaz, mais le 5ème jour on est obligé de pratiquer une recotomie pour hématome infecté du Douglas.

D'autres causes ont été invoquées par certains auteurs, en particulier :

- Le traumatisme excessif des anses intestinales, pouvant provoquer par endroits, des zones de déperitonisation.
- L'usage inconsidéré d'antibiotiques au contact de la séreuse.

LES OCCLUSIONS APRES INTERVENTIONS GYNECOLOGIQUES

Les occlusions post-opératoires sont de l'ordre de 0,45 % - 20 pour 5.000 interventions (YOVANOVITCH).

N'importe quelle intervention gynécologique et quelle que soit la voie par laquelle on la pratique, peut donner lieu à une occlusion post-opératoire.

Elles semblent plus fréquentes dans les interventions dites "conservatrices". La règle "Plus une intervention gynécologique est conservatrice, plus elle prédispose à l'occlusion post-opératoire" (YOVANOVITCH), se vérifie très fréquemment, la cause en étant dans une péritonisation plus difficile, moins parfaite d'où possibilité accrue d'adhérences.

Il peut s'agir aussi de péritonisation négligée; ainsi, après myomectomie de la face antérieure de l'utérus que l'on n'a pas recouverte au moyen de la séreuse vésicale (MOULONGUET).

1 - Hystérectomie

La cause majeure des occlusions post-opératoires réside dans le défaut de péritonisation. Il peut s'agir d'une insuffisance ou d'un lâchage d'un surjet mettant à nu une zone plus ou moins importante de

surface cruantée. Celle-ci représente alors une zone idéale d'adhérences secondaires, soit avec une anse intestinale, soit avec l'épiploon pouvant de ce fait, devenir le début d'une bride ou d'un anneau d'étranglement.

L'observation N° 13 que nous avons déjà citée, en est un exemple.

Une insuffisance de soins dans l'étalement du méso-sigmoïde lors d'un cloisonnement colo-vésical, peut provoquer une véritable coudure de la région sigmoïdienne, d'où risque important d'occlusion (DOUAY).

2 - Ligamentopexie

- La méthode de DOLERIS par l'anneau "de la mort" peut fréquemment provoquer des occlusions par strangulation. L'anse intestinale s'engage dans l'espace situé entre la paroi abdominale et le fond utérin avec les deux ligaments ronds. Ces occlusions ont été très étudiées par BALI, MOSSE, ALESTE en France, NOVAK et CAFFIER à l'étranger.

L'incarcération peut également se faire entre la paroi abdominale et le segment externe du ligament rond, le long du trajet intra-pariétal des ligaments ronds (G. MICHEL).

- La méthode de BALDY-DARTIGUES n'est pas exempte d'occlusions post-opératoires. Elle peut donner lieu à des occlusions le plus souvent par étranglement.

L. LEGER sur 22 observations d'occlusion par étranglement de l'intestin dans une brèche du ligament large a trouvé 6 cas d'occlusion post-opératoire où l'intestin empruntait la voie du ligament rond au travers du mésomètre.

3 - Intervention sur les annexes

Les occlusions post-opératoires sont causées avant tout par un défaut de péritonisation. Il peut s'agir aussi d'un manque d'enfouissement du pédicule utéro-ovarien après ovariectomie (LACROIX), d'adhérences secondaires après salpingostomie.

Dans les salpingites opérées à chaud ou mal refroidies, il pourra se former très facilement une pelvi-péritonite plastique adhésive. Ces derniers cas sont dans l'ensemble assez rares.

LES OCCLUSIONS APRES INTERVENTIONS SUR L'ESTOMAC

On peut voir des occlusions post-opératoires par étranglement d'anses au niveau d'une brèche mésocolique. Dans ce cas, il peut s'agir soit de points séparés trop distants l'un de l'autre, laissant un espace mort; ou d'un surjet mal fait (MENEGAUX citait en 1934, 8 cas d'incarcérations au travers d'une brèche mésocolique).

Rares sont les cas d'incarcération pré-vertébrales où l'anse s'étrangle entre l'estomac en avant, l'anse afférente en bas, la colonne vertébrale et les gros vaisseaux en arrière (SALMON et BOUILLON).

Encore plus rares sont les cas d'occlusion par invagination rétrograde du grêle au travers de la bouche anastomotique. Il s'agit alors d'un défaut de technique opératoire : anse inversée (CAILLAUD); coudure d'une anse trop longue et non suspendue (GREGOIRE).

Citons aussi une catégorie toute spéciale d'occlusion après gastrectomie : le défaut de fonctionnement de la bouche gastro-jéjunale. Dans la majorité des cas, il est dû à un oedème au niveau de la bouche anastomotique. Il peut s'agir aussi d'un rétrécissement extrinsèque de l'orifice par un processus de péritonite adhésive rétractile.

LES OCCLUSIONS APRES INTERVENTION SUR LE COLON ET LE RECTUM

Autrefois, certaines de ces occlusions étaient dues à une déhiscence des sutures, déhiscence suivie de cellulite. Accident grave, presque toujours mortel, qui de nos jours, se voit très peu et ceci grâce aux divers traitements antibiotiques et à la reprotéinisation précoce et active.

Bien plus souvent, on assiste à l'éclosion d'affection bâtarde donnant lieu à des agglutinations d'anses; la chirurgie du rectum étant en principe septique.

Un de nos malades atteint de néo très bas du rectum avait été traité par amputation abdomino-périnéale avec anusiliaque gauche définitif. 7 jours plus tard, l'anus ayant bien fonctionné, il s'installait progressivement une occlusion grêle importante. Le malade mourut à la suite d'une défaillance cardio-vasculaire. A l'autopsie, on trouva un accollement peu serré de deux anses intestinales, sans aucune réaction péritonéale, sous forme d'une simple adhérence au niveau du surjet de péritonisation.

Les occlusions d'origine mécanique pure se voient aussi quoique rarement (Volvulus, incarceration d'anse grêle). YOVANOVITCH cite deux cas après iléo-transversostomie et iléo-sigmoïdostomie. FEVRE, à propos du traitement du mégacolon par la colectomie totale, mentionne une occlusion par volvulus du grêle.

CHAPELET cite trois observations de colectomie pour mégacolon suivie d'occlusion.

SEYER, dans sa thèse, rapporte 3 cas d'occlusions post-opératoires précoces après intervention sur le colon et le rectum.

Les hernies internes peuvent être dues à un trou, laissé dans le méso insuffisamment suturé (CHARRIER et MASSE).

Les brides ne sont pas rares.

LES OCCLUSIONS DUES A UNE ETIOLOGIE DIFFERENTE

Après hernie étranglée, on peut voir quelquefois des zones de sténose souvent peu serrées dues à des phénomènes d'ischémie partielle.

Les interventions sur les voies biliaires, le foie, la rate, le pancréas, sont très rarement suivies d'occlusion (HARTMANN et PETIT-DUTAILLIS).

On peut en dire autant pour les interventions sur le rein et l'arbre urinaire.

Citons, pour mémoire, un type particulier d'occlusion post-opératoire : l'occlusion duodénale aiguë. Elle peut survenir après n'importe quelle intervention chirurgicale, abdominale ou extra-abdominale. Elle serait due essentiellement à un trouble neuro-végétatif qui réaliserait d'abord l'énorme dilatation gastrique, suivie ou non de la compression de la troisième partie du duodénum par la corde mésentérique.

PHYSIOLOGIE - PATHOLOGIE

L'occlusion post-opératoire est avant tout, caractérisée par un mélange d'infection et de distension; l'importance étant actuellement donnée en premier lieu au problème de la distension, cause véritable directe ou indirecte du pourcentage tellement élevé de mortalité.

Ces deux facteurs peuvent souvent s'enchaîner, entraînant rapidement un dys-fonctionnement risquant de devenir irréversible.

L'INFECTION

Ce fut une des causes les plus souvent invoquées pour expliquer la gravité des occlusions post-opératoires. De nos jours, avec les traitements antibiotiques puissants dont nous disposons, elle se voit beaucoup plus rarement si ce n'est sous des formes évoluant à bas bruit.

En cas d'infection péritonéale, elle peut être le point de départ d'une occlusion dys-dynamique, d'une occlusion par obturation (agglutination d'anses par exemple).

Elle peut être également un stade tardif de l'évolution de l'occlusion elle-même à la suite d'un sphacèle de l'anse, d'une menace de nécrose ou d'une filtration à travers les parois, d'une perforation.

Les occlusions par strangulation aiguë qui combinent au danger de gangrène par ischémie, celui de déséquilibre humoral, sont de toutes

les plus redoutables. Ici, une véritable rivalité s'engage entre les phénomènes locaux et les troubles généraux exagérés tous deux, lorsque le pédicule de l'anse occluse subit lui aussi l'agression. Ces lésions tuent souvent plus par nécrose que par déséquilibre circulatoire.

Habituellement le processus anatomique est une péritonite plastique adhésive, évoluant parfois vers l'abcès collecté.

Cette évolution vers la péritonite localisée est devenue presque la règle depuis l'usage des antibiotiques. Mais si, de ce fait, les accidents dus à l'infection elle-même deviennent de plus en plus rares, l'usage des bactériostatiques modifie le tableau clinique et rend en même temps le diagnostic beaucoup plus difficile.

LA DISTENSION - LE PROBLEME HUMORAL

La distension reste dans l'occlusion le problème primordial car d'elle va dépendre directement ce que l'on appelle d'un seul mot : le choc occlusif.

Le problème de la distension a été étudié pour la première fois par WHIPPLE, SLONE, BERNHEIM en 1913. Beaucoup d'auteurs ont depuis lors travaillé cette question importante, mais c'est WANGENSTEEN qui, après en avoir bien montré l'importance, a posé le problème du diagnostic, a bâti la thérapeutique non opératoire.

La motricité de l'intestin est un phénomène intrinsèque, ses mouvements persistant lorsqu'il est isolé et perfusé par le fait même de l'existence de ganglions nerveux intra-muros; mais les variations du rythme en fréquence et en intensité sont sous la dépendance de fibres nerveuses venant du sympathique par le splanchnique et le para-sympathique par le pneumogastrique.

Le vague fait contracter les fibres longitudinales et circulaires.

Le sympathique inhibe ce mouvement de contraction et donne par ailleurs une dilatation active.

Mais les deux systèmes contiennent à la fois des fibres inhibitrices et des fibres accélératrices.

Les occlusions dys-dynamiques dues à des causes autres que la paralysie même de la musculature intestinale, comme c'est le cas dans les péritonites par exemple sont toujours produites par des exagérations soit en intensité, soit en nombre, des impulsions nerveuses amenées par le splanchnique et le vague. Il s'agit soit d'influx exagérant la motricité ou inhibant cette dernière. Il ne s'agit donc pas de paralysie du sympathique ou du vague, mais d'exagération des impulsions nerveuses transmises par les fibres inhibitrices de ces nerfs, ce qui explique le résultat des infiltrations anesthésiques du sympathique, du plexus solaire ou du mésentère. En effet, ces infiltrations coupent le réflexe permettant de cette façon aux régulations autonomes intra-muros, de reprendre un fonctionnement indépendant.

Tout obstacle va produire au niveau de l'intestin un déséquilibre de l'innervation locale avec au début, prédominance de l'action vaguale d'où péristaltisme, puis de l'action sympathique d'où distension.

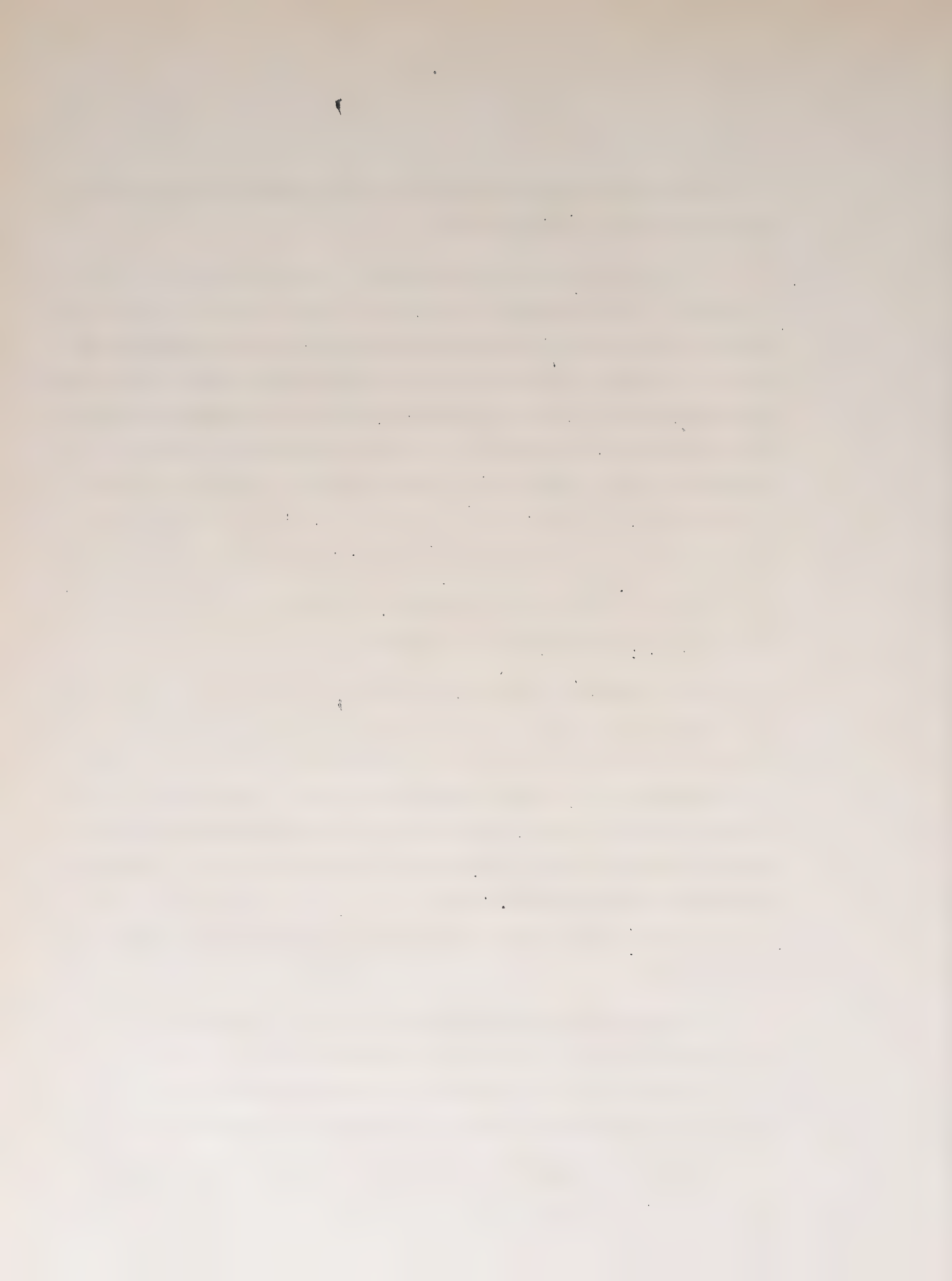
LERICHE disait : "Ce n'est peut-être pas la sensibilité de la distension qui est la plus grande cause de péristaltisme physiologique, mais la sensibilité de la muqueuse", ce qui n'exclut pas l'action au niveau de la séreuse intestinale.

Cette distension étant obtenue, divers facteurs vont pouvoir entrer en jeu :

1 - Diminution de l'absorption au niveau de la muqueuse intestinale distendue avec au début augmentation des sécrétions locales.

La sensibilité de l'intestin à la distension est d'autant plus grande que l'occlusion siège sur des parties plus hautes de l'intestin.

Toutefois, le segment recto-sigmoïdien présente une sensibilité très importante : l'irruption d'air comprimé et parfois même un lavement trop rapide peuvent causer un état de choc grave (LENORMANT, LEGER).



2 - Exagération du péristaltisme, d'où diminution du tonus intestinal; il peut s'agir au début d'un réflexe de défense, la dilatation protégeant l'intestin contre les effets de la distension (SPERLING).

3 - La distension traumatise la paroi intestinale par des phénomènes de compression. D'abord, arrêt de la circulation veineuse, puis gêne de la circulation artérielle. Par cette dévitalisation progressive, elle va rendre l'anse intestinale perméable aux toxines et aux microbes (Travaux de SPERLING).

D'autre part, il va se produire petit à petit des phénomènes de nécrose qui vont aboutir en dernier ressort à des plages de sphacèle au niveau de l'anse distendue dont la perforation aura le dernier stade.

4 - La distension agit sur les terminaisons sensibles d'où réaction douloureuse (LERICHE) et réactions végétatives diverses (soit apnée avec hypotension, soit polypnée avec hypertension).

Ces réactions persistent après vagotomie mais sont abolies par la section des deux nerfs splanchniques (MORIN).

Ces divers facteurs étudiés vont entraîner des troubles graves au niveau de l'intestin ainsi que des troubles d'ordre général aboutissant finalement au "choc occlusif".

1 - Exhémie locale

Cette exsudation va se faire dans la lumière intestinale, la cavité péritonéale (en particulier dans la strangulation) et dans la paroi intestinale même entraînant un oedème important.

Il en résulte une déshydratation rapide et progressive du malade, déshydratation qui peut être assez grave pour causer par elle-même la mort, et elle dure un temps assez long (ABBOTT, MELLORS, MONTWYLER).

2 - Diminution de la masse sanguine

Si la diminution du volume du plasma atteint 50 %, c'est la mort à brève échéance.

FINE a montré que dans l'occlusion avec distension importante, elle était de 30 à 36 %. Dans l'occlusion avec distension et strangulation, de 48 %.

Ces faits montrent bien la gravité immédiate des occlusions par strangulation et ceci à cause de la participation physiologique, sans attendre les accidents d'ischémie locale se manifestant plus tard, cause de sphacèle et de perforations.

Cette diminution de la masse sanguine ne portant en général que sur le plasma, il y a donc hémoco-concentration qui se double d'une hyperviscosité (HADDEN et ORR).

L'anhydrémie ainsi objectivée est peut-être de tous les phénomènes dénotés, le plus important.

D'autre part, le volume du liquide qui retourne de la périphérie vers le cœur étant insuffisant, il se produit une hypotension suivie d'anoxie générale qui, par un cercle vicieux, augmente encore la perméabilité capillaire d'où infiltration supplémentaire de plasma. (SOUPAULT, BENASSY).

3 - Perte de liquide et d'électrolytes

Les liquides évacués de l'intestin sont prélevés dans les espaces interstitiels. En général, les liquides intra-cellulaires sont épargnés; or, le sodium est le principal cation du liquide interstitiel et le chlore en est le principal électrolyte.

En cas d'occlusion très haute la perte de cations sodium est plus faible. Il s'agira surtout d'ions chlore. Cette perte va pouvoir entraîner une alcalose sanguine avec diminution du chlore plasmatique, oligurie et augmentation de l'urée.

4 - Hypokaliémie

La perte de potassium peut provenir soit d'une augmentation de l'excrétion rénale, soit de pertes extra-rénales.

Parmi celle-ci citons les vomissements notamment ceux de l'occlusion intestinale haute. L'étude des bilans métaboliques a permis d'identifier une déficience de potassium en relation avec l'azotémie et l'hypochlorémie. Cette chute du potassium serait due aussi pour certains auteurs à l'activité cortico-surrénalienne post-opératoire.

Tous ces phénomènes vont donc entraîner un état de choc caractéristique des occlusions avec, en même temps, diminution du pH, et de la réserve alcaline, hypochlorémie, hyperglycémie (RATHERY, BINET), hyperazotémie (WHIPPLE), hyperpolypeptidémie et hyperleucocytose (globules blancs supérieurs à 12.000),

... c'est le choc occlusif.

Les accidents à redouter sont différents pour chacune des variétés d'occlusion.

1 - Strangulation

La gravité très importante des occlusions par strangulation réside dans les lésions pariétales particulières à type d'occlusion post-opératoire et au choc important qui fait suite.

En effet, dans ce cas précis, l'interruption veineuse sera pratiquement totale. En 4 à 5 heures, elle va amener un choc brutal important et ceci par simple perte de sang. L'intestin étranglé va très rapidement s'infiltrer de sang; son augmentation de poids peut être de 283 % (WANGENSTEIN). Une autre partie non négligeable de sang, va très rapidement pouvoir filtrer à travers l'anse et donner lieu à un épanchement dans la cavité.

D'autre part, l'anse étranglée va être le siège d'une ischémie par arrêt de la circulation mésentérique d'où deux raisons de sphacèle : l'écrasement de ses tuniques et celui de ses vaisseaux. Ce danger de gangrène va petit à petit augmenter pour aboutir finalement à la perforation par nécrose totale d'une partie de l'anse étranglée. A ce danger vont s'ajouter les accidents propres à la distension, le déséquilibre circulatoire et humoral.

2 - Obturation

Le danger va résider dans ce cas, dans la distension, le déséquilibre humoral et circulatoire, le choc occlusif qui en est consécutif. Il s'y ajoutera le danger propre au phénomène infectieux souvent concomittant. Si la distension persiste, elle va pouvoir entraîner à la longue des lésions au niveau de l'anse, lésions comparables à celles de la strangulation.

3 - Dys-dynamique

- Si l'occlusion dys-dynamique est pure, les accidents à redouter sont ceux propres à la distension et à l'état de choc qui l'accompagne.

- Si l'infection en est la cause première, le problème sera double.

Le problème essentiel est, pour les deux variétés, celui de la distension, du fait de la participation tant du grêle que du gros intestin.

EVOLUTION DES DIVERSES VARIETES

1 - Strangulation

L'évolution en est inexorable, la mort survenant à brève échéance. Elle peut être due aux phénomènes locaux; sphacèle complet d'une anse,

perforation de cette dernière, ou aux troubles généraux. C'est dans ce cas que le déséquilibre circulatoire et humoral est le plus grave.

L'erreur ici, c'est de ne pas intervenir d'urgence. Le traitement doit être particulièrement énergique et n'a de chance de succès que s'il est appliqué dans les toutes premières heures. La levée de l'obstacle prime tout.

2 - Dys-dynamique

Les accidents à redouter sont moins graves, dans ce cas. L'erreur ici, c'est d'intervenir. L'intervention va en effet, ajouter un risque supplémentaire.

C'est ici que le traitement médical trouve son application la plus formelle. Le danger c'est la distension avec tout le corollaire qui l'accompagne. Il faut donc supprimer la distension et l'évolution en sera favorable.

3 - Obturation

L'évolution des occlusions par obturation dépend essentiellement de l'évolution de l'infection et de la cause.

Elle peut être réductible ou devenir irréductible.

L'erreur ici est double :

- Intervenir sur des lésions qui s'arrangeraient par le traitement médical contre l'infection et la distension. Si on réopère, ce sera souvent au prix d'interventions sans signification : désagglutination d'anses intestinales, libération d'adhérences lâches.

- Ne pas intervenir au moment où l'occlusion devient irréductible. Dans ce cas on se retrouve devant tous les accidents possibles, causés tant par les phénomènes généraux (distension, déséquilibre humoral), que par les phénomènes locaux (sphacèle de l'anse).

4 - Drainage

Si on laisse persister le drainage, l'évolution peut quelquefois devenir inexorable au bout d'un certain temps. Dans tous les cas, il y a aggravation.

Si on enlève le drainage, différentes éventualités peuvent se produire selon le moment de l'ablation.

- Si on enlève le drainage immédiatement, l'occlusion très souvent se trouve levée et ceci dès les premières heures.

- Si on l'enlève secondairement, il peut s'être constitué des lésions qui, si elles ne sont pas d'une gravité très grande, méritent par contre une surveillance attentive.

- Si on l'enlève tardivement, il y a risque très grand de formation de lésions pouvant évoluer vers une strangulation secondaire (brides).

CLINIQUE

Les occlusions post-opératoires, comme les occlusions aiguës en général, peuvent être caractérisées par 4 symptômes essentiels qu'il est convenu d'appeler "le carré de tradition" de l'occlusion : les douleurs - les vomissements - l'arrêt des matières et des gaz - le météorisme abdominal.

Il peut s'ajouter à ces signes majeurs des signes accessoires diversement groupés qui donnent au syndrome un cachet particulier.

Ceci est particulièrement net quand on compare les problèmes qui se posent au chirurgien au cours des occlusions post-opératoires immédiates et secondaires précoces.

1 - Immédiates

C'est dans ce cas que la sagacité du chirurgien est mise à la plus rude épreuve.

En effet, les occlusions post-opératoires immédiates succèdent sans transition à ce qu'il est convenu d'appeler la maladie opératoire ou post-opératoire.

Les suites opératoires immédiates sont caractérisées normalement par une parésie intestinale qui peut très facilement se prolonger quelques heures sans pour cela prélude un syndrome occlusif. Cette parésie

va entraîner un météorisme plus ou moins important, un arrêt souvent complet des gaz et des matières. L'intervention chirurgicale peut d'autre part, entraîner un syndrome douloureux normal, des vomissements et des nausées post-anesthésiques.

Chacun des quatre symptômes cardinaux peut donc se retrouver normalement dans les suites opératoires immédiates.

Ces diverses difficultés seront examinées particulièrement au moment du diagnostic, mais dès maintenant, nous pouvons insister sur la valeur de l'examen radiologique qui seul, peut nous permettre de faire la distinction entre la maladie post-opératoire normale et un début d'occlusion.

Les occlusions post-opératoires immédiates se classent essentiellement en deux grandes catégories; le plus souvent il s'agit d'occlusions dys-dynamiques, mais les occlusions dues à une strangulation ne sont pas exceptionnelles. Elles peuvent être dues soit à une incarceration, soit à un volvulus.

La clinique ici n'est que nuance : un abdomen anormalement météorisé, quelquefois des vomissements répétés, des douleurs plus accentuées avec ou sans crises paroxystiques, l'absence de péristaltisme.

Il est important de considérer la courbe thermique, l'état général de l'opéré qui se trouve souvent atteint, caractérisé par un affaiblissement et une accélération du pouls, des traits tirés, un état de choc plus ou moins marqué.

2 - Secondaires précoces

Ici, le syndrome classique prend toute sa valeur et prête beaucoup moins à confusion.

Les occlusions secondaires précoces peuvent réaliser deux tableaux cliniques principaux :

- Tantôt, l'occlusion apparaît vers le 8ème ou le 10ème jour après une intervention où les suites immédiates ont été simples.

- Tantôt, l'occlusion apparaît plus tard chez un opéré où les suites, quoique normales ou presque, ont été difficiles. Le cours des gaz s'est rétabli lentement, il persiste quelques douleurs, un certain degré de météorisme. L'opéré reste toujours légèrement pyrétique, puis lentement et par à-coups, se constitue une occlusion avec arrêt complet des gaz et des matières, météorisme important, douleurs et quelquefois vomissements ou nausées.

L'atteinte de l'état général peut se faire par paliers ou d'une façon très brutale, et ceci en quelques heures.

Le plus souvent il s'agit d'occlusion par obturation, la cause en étant un état infectieux avec ses possibilités d'agglutination d'anses ou d'abcès, un drainage laissé trop longtemps.

On peut également trouver des strangulations, la cause la plus fréquente en étant une bride qui s'est constituée à bas bruit, et ceci à partir d'un drainage ou d'accrolements secondaires.

FORMES CLINIQUES SELON L'ETIOLOGIE

1 - La strangulation

Dans les suites immédiates, l'examen clinique ne peut apporter que de très rares éléments, auxquels il faut d'ailleurs attacher une très grande importance.

La strangulation est avant tout caractérisée par

- un début brutal, quelquefois cataclysmique, avec une atteinte sévère et rapide de l'état général et un état de choc important. Il s'agit le plus souvent d'un opéré qui est pris brutalement d'une douleur violente accompagnée de nausées ou de vomissements.

Cette douleur va revêtir un caractère sub-intrant, signe incontestable de gravité. Douleur très violente, pratiquement continue, mais

avec possibilité de recrudescence à certains moments, et de crises paroxystiques. Elle peut être généralisée à tout l'abdomen ou au contraire à ses débuts, localisée soit au lieu d'intervention chirurgicale, soit en un autre endroit.

Pour lutter contre cette douleur, l'opéré recherche souvent des positions antalgiques caractéristiques : en chien de fusil, en décubitus latéral, en position gènu-pectorale.

Il peut être pris de vomissements qui surviennent presque aussitôt après le début des premières douleurs. Ils s'accompagnent habituellement d'une intolérance gastrique absolue. D'abord alimentaires, ils peuvent devenir bilieux, puis tardivement fécaloïdes. Ils se voient plus fréquemment dans les occlusions hautes et peuvent être remplacés par des nausées lors des occlusions basses.

- L'arrêt des matières et des gaz est le signe capital, mais combien il est difficile de s'y fier au début. Les observations d'opérés ne rendant leur gaz que le 3ème ou le 4ème jour ne sont pas exceptionnelles.

On peut d'autre part, voir une selle. S'agit-il d'une selle d'évacuation normale d'un rectum non vidé avant l'intervention ?

L'interrogatoire peut être également involontairement trompeur, l'opéré ne sachant pas très bien s'il a ou non rendu des gaz.

Dans les occlusions secondaires précoces, ceci sera plus facile à mettre en évidence, l'intestin de l'opéré ayant entre temps repris un transit normal ou sub-normal.

- Le météorisme abdominal succède dans l'ensemble des cas à la strangulation d'une anse abdominale, mais il peut être difficile à mettre en évidence dans les suites immédiates chez des malades adipeux, ou à musculature abdominale très importante.

A son début, il peut être localisé dans un secteur quelconque de l'abdomen, souvent dans la région opératoire. On peut percevoir à

l'examen une voussure qui peut donner au palper une sensation d'élasticité gazeuse, comparable à celle d'un ballon gonflé de gaz. C'est un des éléments du signe de VON WAHL.

Mais l'intestin va présenter très rapidement en amont une distension réflexe. Le météorisme est alors diffus, soit étalé en cadre périmérique, soit globuleux central, pointant en avant.

Ce météorisme est, lors d'une strangulation, le plus souvent immobile. En effet, l'anse étranglée se distend très rapidement, sa tonicité disparaît très vite, les anses en amont participent très rapidement au même mécanisme, ce qui explique que les ondulations péristaltiques soient très rares.

A l'auscultation on peut entendre, quoique difficilement, des bruits hydro-aériques spontanés ou provoqués; les borborygmes peuvent ne pas exister.

Parmi les examens complémentaires, le toucher vaginal ou rectal peut quelquefois donner des renseignements, il ne peut révéler que deux éléments :

- La vacuité de l'ampoule rectale.
- La sensation fréquente de plénitude du Douglas, due à un blocage d'anses intestinales distendues.

On peut dans quelques rares cas trouver une masse dure, rénitente, très douloureuse et qui n'est autre que l'anse étranglée elle-même.

Observation N° 13

Au toucher vaginal, on sent bombant dans le Douglas, une masse rénitente très douloureuse, peu mobile et qui s'avère être une anse étranglée dans le surjet colo-vésical.

2 - L'obturation

On peut rencontrer des occlusions par obturation dans les suites immédiates quoique rarement. Il s'agit alors d'agglutination d'anses,

consécutive le plus souvent à une infection péritonéale.

Il s'agit d'un opéré qui, après avoir repris un transit intestinal sub-normal, va petit à petit manifester des signes occlusifs. Le début moins brutal coexiste avec un état général peu atteint et un état de choc difficile à déceler.

- La douleur est le plus souvent périodique, sous forme de crampe; son intensité peut aller en augmentant brutalement et s'arrêter brusquement. Les douleurs se présentent sous forme de coliques paroxystiques souvent atroces, séparées par des intervalles d'accalmies et traduisant les phénomènes successifs de distension et de contraction intestinale.

Ces coliques dites de "miserere" vont céder petit à petit avec la chute du péristaltisme et les progrès de la stase.

- Les vomissements sont plus tardifs et peuvent ne pas exister; souvent ils sont remplacés par des nausées.

- L'arrêt des gaz et des matières doit être précisé avec grand soin. Dans les occlusions immédiates, le problème est infiniment plus difficile à résoudre que dans les occlusions secondaires précoces; il faut avant tout, attacher de l'importance à l'arrêt des gaz.

- Le météorisme peut être localisé, mais le plus souvent il est généralisé. Dans la majorité des cas, il est animé d'ondulations péristaltiques synchrones avec l'accès de la crise douloureuse et s'arrêtant avec la cessation de cette dernière. On en guettera l'apparition à jour frisant. On notera soigneusement leur siège, leur direction, leur point d'arrêt. Elles peuvent être spontanées ou provoquées par une chiquenaude; parfois tout se borne à un durcissement intermittent d'une zone de résistance élastique.

- Le péristaltisme peut persister un temps assez long, mais disparaît en cas de distension importante des anses intestinales.

On peut lors d'une auscultation soigneuse trouver des borborygmes, des bruits hydro-aériques synchrones de la douleur et des ondulations péristaltiques.

- Le toucher vaginal ou rectal ne montre rien de bien particulier si ce n'est qu'une vacuité du rectum et quelquefois une plénitude du Douglas. Plénitude causée par les anses distendues, un abcès, une collection.

3 - L'occlusion dys-dynamique

Elle peut être secondaire précoce, causée par une péritonite. Le plus souvent elle est immédiate ce qui rend son diagnostic très malaisé cliniquement.

Le début en est insidieux, l'opéré est encore en pleine maladie post-opératoire. La parésie intestinale va se prolonger outre mesure et petit à petit s'installe une occlusion.

L'état de choc sera minime, difficile à apprécier dans les premières heures. L'état général se trouvera peu ou pas atteint.

- La douleur est peu importante, difficile à préciser car il n'y a pas à proprement parler de lutte de l'intestin contre un obstacle. Elle est due à la distension et à la contracture de certaines régions de l'intestin.

- Les vomissements sont très rares et fréquemment remplacés par des nausées.

- L'arrêt des gaz et des matières est dans ce cas le signe qui représente le plus de valeur, mais il est difficile à mettre en évidence, l'opéré pouvant être encore en pleine période de parésie intestinale normale.

- Le néphorisme est toujours généralisé; il est accompagné de tympanisme. On note souvent l'absence complète de borborygmes et de bruits hydro-aériques et d'ondulations péristaltiques.

Comme on peut le voir, les signes cliniques de l'occlusion dys-dynamique sont tout en nuances; seul l'examen très bien conduit et complété par un examen radiologique pourra en orienter le diagnostic.

En résumé, les occlusions post-opératoires immédiates et secondaires précoces peuvent revêtir deux formes cliniques essentielles :

1 - Les formes très douloureuses avec douleur continue.

Il s'agit dans la majorité des cas d'occlusion par strangulation (incarcération, volvulus, bride serrée).

2 - Les formes pas ou peu douloureuses avec quelquefois des crises paroxystiques

- Il peut s'agir dans ce cas, soit d'occlusion par obturation (agglutination d'anses, abcès, etc...).

- Soit d'occlusion dys-dynamique..

R A D I O L O G I E

L'apport de la radiographie est capital dans l'occlusion post-opératoire. Elle va permettre d'objectiver par des images, la rétention gazeuse précoce puis la rétention liquidienne qui lui fait suite. On peut se servir dans certains cas d'un produit de contraste qui permet soit de préciser le lieu même de l'obstacle, soit la non-distention d'un segment intestinal.

Les renseignements fournis par la radiographie peuvent être d'une réelle précocité. Ils sont souvent présents avant les signes cliniques qui permettent d'affirmer l'existence d'une occlusion.

La radiographie dans bien des cas aide à préciser le diagnostic positif de l'occlusion, son diagnostic topographique et mieux encore son étiologie. Pour RABWIN et CARLES, à la suite de radiographies systématiques pratiquées chez les malades, la mortalité serait tombée de 40 % à 25 %.

Le malade peut être examiné en 6 attitudes différentes :

- De face en position verticale.
- De face décubitus latéral gauche et droit.
- De face décubitus dorsal ou ventral.

(On peut ajouter à ces positions classiques, la position de TRENDLENBOURG).

- Décubitus dorsal profil.

Dans les diverses observations que nous rapportons, seules deux positions ont été particulièrement retenues :

- De face, en position verticale.

- De face décubitus dorsal.

Dans la position debout, les liquides s'accumulent au point déclive et les gaz au sommet des anses où ils se trouvent, d'où détermination de niveaux horizontaux, mobiles avec les mouvements nets, immédiatement décelés.

Dans la position couchée les liquides sont plus uniformément répan-
dus, les anses intestinales sont mieux dessinées. Le cadre colique est presque toujours bien visible, en particulier s'il y a distention, ce qui nous paraît essentiel.

En principe, on peut dans cette position, reconnaître plus facilement l'anse dilatée et mieux la localiser. Il est classique de dire que le tiers supérieur du grêle se loge dans l'hypochondre gauche, le tiers moyen dans la région péri-ombilicale et la fosse iliaque gauche, et le dernier tiers dans le bassin et la fosse iliaque droite.

Ceci n'est que théorique et ne se voit que très rarement, la distention très importante d'un segment quelconque pouvant modifier très facilement l'image "classique".

Cette position permet également de reconnaître un signe sur lequel ont beaucoup insisté les Américains; la possibilité dans certaines conditions de voir les clartés de deux anses voisines séparées par une ligne épaisse; ce signe traduirait la présence de liquide répandu dans le ventre, d'où possibilité de lésions vasculaires accompagnant l'occlusion. Il peut aussi représenter l'épaississement des parois intestinales elles-mêmes. Ce signe n'a donc qu'une valeur de présomption et s'ajoute aux autres pour mieux cerner le diagnostic.

En résumé, on peut dire que :

- Les clichés debout révèlent surtout l'existence de niveaux liquides, d'où importance dans le diagnostic différentiel de l'occlusion.

- Les clichés "couché" montrent la distension gazeuse, d'où utilité pour le diagnostic topographique.

Le lavement baryté prohibé par certains auteurs, admis par d'autres n'a été employé que chez un de nos malades, pour bien éliminer toute participation du gros intestin à la distension grêle.

Quand il y a occlusion du grêle, on note la présence de plusieurs, exceptionnellement d'une seule, vésicules hydro-aériques à niveau horizontal. Ces vésicules sont habituellement plus larges que hautes et de volume modéré. Dans certains cas de distension très prononcée, l'anse grêle peut dépasser le double du calibre du colon normal.

Leur siège est volontiers central ou abdomino-pelvien, à l'inverse des images coliques habituellement périphériques.

En principe, les anses jéjunales sont hautes, horizontales, d'aspect penniforme, en dent de scie.

Les anses iléales sont basses, verticales ou obliques, lisses (tubulaires).

En position "couché", elles se projettent en marches d'escalier ou en daniërs.

Les signes d'occlusion du colon sont similaires à bien des points à ceux du grêle. On note la présence d'images hydro-aériques, surtout périphériques ou barrant transversalement l'abdomen. On reconnaît assez facilement les divers segments fixes : ascendant et descendant, ainsi que le caecum.

Ici, les vésicules sont plus hautes que larges, les contours supérieurs sont bosselés, objectivant les bandelettes coliques : c'est l'aspect haustral.

IMAGES RADIOLOGIQUES SE RAPPORTANT AUX

DIVERSES FORMES D'OCCLUSION

1 - Strangulation

Dans les premières heures, il est possible dans certains cas d'identifier l'anse intestinale étranglée. En effet, la distension en amont ne se fait pas de suite, d'où possibilité de ne voir que la seule anse distendue, mais le plus souvent les radios étant faites assez tardivement, on ne peut objecter qu'une distension du grêle.

Sur la radiographie debout, présence d'une ou de plusieurs images hydro-aériques.

Sur la radiographie couchée, distension importante de plusieurs anses grêles.

La disposition peut être variable et peut, sinon faire affirmer, du moins orienter le diagnostic topographique. On peut d'autre part, dans certains cas, noter la présence d'une ascite, d'un exsudat intra-abdominal.

2 - Obturation

Les images rencontrées lors d'occlusion par obturation sont très semblables à celles des strangulations.

- On note sur la radio debout la présence de niveaux liquides, d'images hydro-aériques, tuyaux d'orgue,

- Et sur la radio couchée une distension plus ou moins marquée et qui n'intéresse que le grêle.

3 - Dys-dynamique

L'examen radiographique montre deux signes :

- L'un classique, l'image dite en damier.

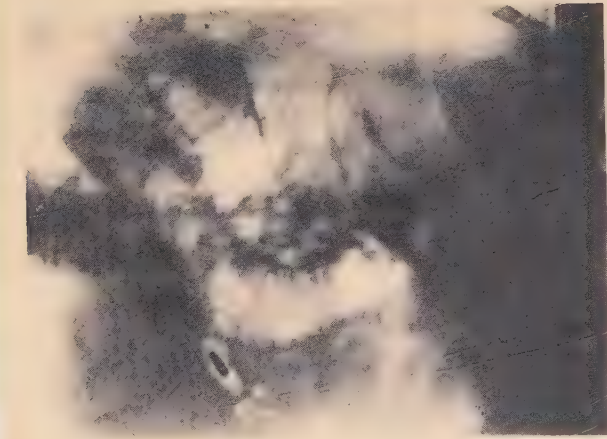
- L'autre qui, pour notre Maître Marc ISELIN, est d'une très grande importance : la coexistence de distension du colon et de distension du grêle.

Sous le terme d'image en damier, MONDOR, PORCHER et OLLIVIER décrivent un aspect très caractéristique. Il s'agit d'une juxtaposition d'anses distendues, claires, carrées et non pas étagées parallèlement. Le terme de "distension quadrillée" dépeint peut-être mieux un tel aspect que celui de damier, ce dernier postulant des alternatives de zones sombres et de zones claires.

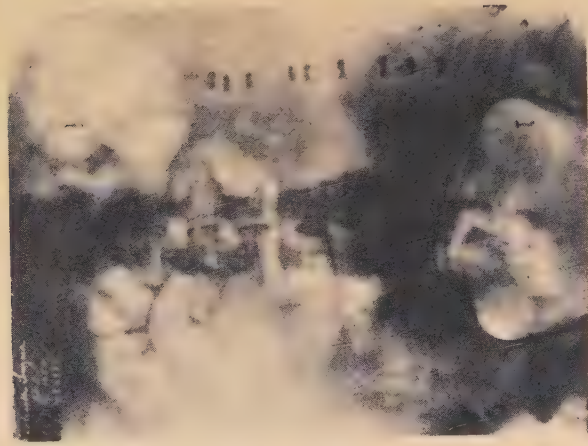
Dans l'occlusion dys-dynamique, il n'y a aucune systématisation des zones anormales et sur toute la longueur de l'intestin les zones dilatées vont alterner avec des zones spasmodées, ce qui explique le nombre considérable d'anses visibles et cet aspect quadrillé.

Quant-au deuxième signe, la coexistence de distension du grêle et du gros, il est tout aussi caractéristique. En effet, si l'occlusion mécanique siège sur le colon, il n'y a, grâce à la valvule de Bauhin, que de la distension colique; si elle siège sur le grêle pour la même raison que précédemment, la distension n'intéresse pas le colon, sauf à la phase tardive où la valvule de Bauhin se laisse forcer par la pression des gaz contenus dans le grêle.

Or, l'occlusion dys-dynamique est une occlusion réflexe intéressant tout l'intestin; il semble donc logique que la distension soit visible radiographiquement aussi bien sur le grêle que sur le gros.



Occlusion par obturation



Occlusion par strangulation



Occlusion dys-dynamique

Il n'y a qu'en cas d'association de péritonite et d'occlusion grêle que l'on peut voir cette distension généralisée. Ce sont les cas exceptionnels de distension paradoxale, tels ceux rapportés par Raymond BERNARD, FIOLE et GRISOLI; mais dans ce cas, certains signes cliniques associés aux signes radiologiques permettent de redresser le diagnostic.

Sur les radios debout on peut, comme pour les autres cas, noter la présence d'images hydro-aériques, mais l'absence de niveaux liquides semble habituelle en cas d'occlusion dys-dynamique.

En réalité, la radiographie nous permet sauf cas exceptionnels, et ceci dans les toutes premières heures, de diagnostiquer essentiellement deux variétés d'occlusion :

1 - Les occlusions mécaniques

Elles sont caractérisées avant tout par une distension grêle, avec sur la radio debout, présence d'une ou de plusieurs images hydro-aériques

2 - Les occlusions dys-dynamiques

Elles sont caractérisées par

- La coexistence de distension du gros intestin et du grêle avec de rares niveaux liquides. Il s'agit le plus souvent d'aérofléie associée à une aérocolie.

- L'aspect quadrillé ou image en damier.

Malgré toutes ces études et distinctions, il n'est pas toujours facile de faire le diagnostic radiologique qu'il soit étiologique ou topographique.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic se fait sur l'examen clinique et l'examen radiologique. Suivant les cas, il faut accorder une importance plus grande à l'un qu'à l'autre.

Ce qui importe avant tout c'est le diagnostic de la variété d'occlusion.

Nous allons examiner schématiquement les divers signes se rapportant à chaque cas.

OCCCLUSION DYS-DYNAMIQUE

Peu de signes cliniques nous permettent d'affirmer un tel diagnostic. Il s'agit en général, d'occlusion peu douloureuse, les vomissements sont très rares et font place, dans la majorité des cas, à des nausées survenant par crises. Le météorisme est généralisé avec presque toujours absence de bruits hydro-aériques, de borborygmes et d'ondulations péristaltiques, état de choc minime à son début.

Mais c'est dans ce cas que les signes radiologiques sont importants et doivent être recherchés avec grand soin :

- Distension quadrillée.
- Coexistence de distension du grêle et du gros.

STRANGULATION

Ici par contre, l'attention la plus soutenue doit se porter sur les divers signes cliniques :

- Douleurs très vives, subintrantes avec quelques rares crises paroxystiques.

- Météorisme localisé ou généralisé. Si on arrive à sentir une tuméfaction, une masse profonde, animée de mouvements péristaltiques, on doit obligatoirement penser à la possibilité d'une incarceration, d'un volvulus, d'une bride.

- Vomissements fréquents, alimentaires ou bilieux; ce n'est que tardivement qu'ils deviennent fécaloïdes.

- Important état de choc avec déséquilibre circulatoire et humoral.

Les signes radiologiques sont, dans la majorité des cas, ceux propres aux occlusions mécaniques, c'est-à-dire une distension grêle avec, sur la radio debout, la présence d'images hydro-aériques.

On peut, dans les toutes premières heures, ne voir qu'une distension d'une seule anse intestinale.

En cas d'invagination rétrograde de l'intestin, après gastro-entérostomie CHARRIER, LEDOUX-LEBARD et CARCIA CALDERONE ont insisté sur l'aspect d'image lacunaire, claire, tranchant sur l'opacité du contenu gastrique.

OBTURATION

Les signes cliniques doivent dans ce cas être recherchés avec soin.

- La douleur est périodique sous forme de crampe avec, à certains moments, des crises paroxystiques souvent atroces.

- Les vomissements peuvent manquer et se trouver remplacés par des nausées.

- Le météorisme peut être localisé mais le plus souvent généralisé : il est souvent animé d'ondulations péristaltiques.

- L'état de choc est au début, le plus souvent, très peu marqué.

Les signes radiologiques ne peuvent dans ce cas, que confirmer l'existence d'une occlusion mécanique, par la distension d'anses grêles.

- Sur la radio couchée, on note la présence de plusieurs images hydro-aériques.

On peut, dans quelques cas, constater un épaississement des parois de l'intestin distendu, la cause devant en être recherchée dans l'élément infectieux accompagnant souvent ce type d'occlusion.

Mais en réalité, on peut avoir dans de nombreux cas l'association de ces divers types d'occlusion, ce qui ne facilite en rien le diagnostic.

Les signes cliniques vont perdre de leur netteté et les signes radiologiques vont pouvoir prêter à confusion.

Le cas le plus fréquent semble être le passage de l'occlusion dys-dynamique à l'occlusion par obturation.

Il s'agit d'un opéré qui n'a pas repris au 3ème jour un transit intestinal normal; il présente un arrêt complet des gaz et n'a évacué qu'une vague selle. Il s'y ajoute un météorisme généralisé important, peu douloureux. Une radiographie pratiquée de suite permet alors de conclure à l'existence d'une occlusion dys-dynamique : aérofilie associée à l'aérococie. Mais le malade reste toujours pyrétique; l'élément infectieux n'est pas absent. Dans les jours qui suivent, quoique très peu météorisé à la suite de l'aspiration duodénale continue, il présente un syndrome douloureux avec crises paroxystiques. Un nouvel examen radiographique nous montre une distension importante, seule visible sur le grêle,

hydro-aérique. L'opéré peut dans les jours suivants, reprendre un transit intestinal normal.

Mais dans certains cas, son état peut s'aggraver et ceci très brutalement. Les douleurs deviennent subintrantes, état de choc important; la radiographie nous montre une image pratiquement semblable à l'image précédente. Il ne peut s'agir alors que d'une occlusion par strangulation et l'intervention s'impose d'extrême urgence.

Comme on le voit ici schématiquement, le diagnostic est aisé, en réalité on peut se trouver devant des difficultés très grandes. C'est sur des nuances cliniques et radiologiques que le traitement va pouvoir être mis en oeuvre, et ceci aussi rapidement que possible.

INDICATIONS OPERATOIRES

Les indications opératoires sont différentes selon qu'il s'agit de strangulation, d'obturation ou d'occlusion dys-dynamique.

STRANGULATION

L'intervention chirurgicale est impérative. Elle doit se faire aussi rapidement que possible si on veut lutter à temps contre le choc, la perforation possible de l'anse étranglée, sauver l'opéré - chaque minute est précieuse. En cas de doute, il faut quand même réintervenir, car le risque à courir est par trop grand (Observation N° 11).

OCCLUSION DYS-DYNAMIQUE

En cas d'occlusion dys-dynamique, il ne faut pas intervenir. On se contentera du traitement médical qui réussit toujours si le diagnostic est exact. Mais est-on sûr du diagnostic ? En cas de doute, il faut répéter les examens radiographiques et, si les diverses images sont identiques, il faut persévérer dans le traitement médical.

OBTURATION

C'est dans les cas d'occlusion par obturation que vont se poser pour le chirurgien les plus grandes difficultés. Nous pensons qu'il faut

temporiser, l'opéré étant surveillé de très près. Les interventions qu'on peut pratiquer sont peu satisfaisantes et peuvent même quelque fois être dangereuses, ne fut-ce que par le risque supplémentaire qu'on fait courir au malade, en moindre état de résistance.

Mais en cas d'aggravation des signes cliniques, particulièrement de recrudescence ou de reprise de douleurs abdominales, d'aggravation de l'état général, de choc important, il faut absolument réintervenir.

Observation N° 12

Malade opéré d'appendicite et d'ulcus perforé. Les suites opératoires sont normales, mais 7 jours après l'intervention, le malade se plaint de douleurs abdominales basses avec difficulté à rendre ses selles et ses gaz. Deux jours plus tard, le malade est très fatigué; il présente un météorisme important qui va en augmentant et des douleurs abdominales survenant par crises paroxystiques avec quelques rares ondulations péristaltiques.

La radiographie nous montre une distension nette de plusieurs anses grêles avec prédominance para-médiane gauche et angle droit. Sur la radio debout on constate la présence de plusieurs niveaux liquides.

On fait le diagnostic d'occlusion mécanique et on installe l'aspiration duodénale continue associée à une réhydratation importante.

Mais 24 heures plus tard, les divers traitements mis en oeuvre n'ayant donné lieu qu'à très peu d'amélioration, les douleurs ayant repris avec plus d'acuité, l'état de choc devient inquiétant, on décide de réintervenir d'urgence.

A la réintervention, on trouve une bride iléo-iléale très serrée, située près de l'angle iléo-caecal. L'anse étranglée est bleue noire, on voit de perforation.

Comme on peut le constater dans cette observation, nous ne sommes réintervenus qu'à la suite de l'échec de l'aspiration et du traitement médical, et la recrudescence du syndrome douloureux, l'aggravation de l'état général.

T R A I T E M E N T

Nous envisagerons d'abord le traitement général commun à toutes les variétés d'occlusion post-opératoire, puis le traitement propre à chacune des variétés.

TRAITEMENT GENERAL

La lutte devra être avant tout menée contre

d'une part, le déséquilibre circulatoire et humoral;

d'autre part, la distension qui est la cause principale du choc occlusif. Comme le disait MIALARET, l'occlus meurt d'occlusion.

La réhydratation doit être massive : "De l'eau très tôt, de l'eau continuellement, de l'eau très tard" (CRYLE). On peut donner jusqu'à 3 ou 4 litres de liquide par jour.

On emploiera surtout le sérum salé physiologique par voie intraveineuse de préférence. Il permet de parer à l'hypochlorémie constante.

On peut associer des doses égales de sérum salé et de sérum glucosé isotonique ou hypertonique, quoiqu'avec prudence.

En cas de choc important, on adjoindra des perfusions de plasma ou de sang total pour reconstituer la réserve en protéines et parer à l'hypoprotéinémie.

Pour lutter contre la distension on utilisera l'aspiration duodénale continue prônée par WANGENSTEEN. Elle n'agit pas sur la cause de l'occlusion, mais elle diminue le choc que provoque la distension aiguë; elle peut corriger les vices de position qu'entraîne une fixation d'anses anormales ou des agglutinations; elle amène très vite une amélioration de l'état général du malade. Les douleurs s'atténuent, le météorisme disparaît en partie. Cette amélioration sera toujours utile et facilitera les gestes chirurgicaux si on est contraint de réintervenir.

L'aspiration devra être réellement duodénale ou mieux jéjunale, et non pas gastrique, comme c'est souvent le cas. Les sondes de MILLER ABBOTT, d'EUEDEL, d'EINHORN que nous employons le plus fréquemment, passent difficilement le pylore. Il faut donc en vérifier la position à la radioscopie si on veut donner à l'aspiration l'efficacité demandée.

Normalement, le pylore doit être franchi en 20 minutes environ; il faut faire boire le malade, pousser la sonde lentement, le malade étant en décubitus latéral droit. On peut faire en même temps du nitrite d'amyle afin d'abolir en partie le spasme pylorique.

Pour aider la décompression, la sonde étant en place, il faut remuer le malade.

L'aspiration devra être continuellement surveillée et tout occlus aspiré devient l'objet d'une vigilance redoublée.

L'air présent dans l'intestin et occasionnant la distension est avant tout de l'air dégluti (McIver). L'oxygène est absorbé par le sang circulant; l'hydrogène et l'azote ne le sont pas; d'où l'utilité des inhalations d'oxygène pour augmenter l'absorption de l'azote par l'intestin distendu.

On adjoindra à ces divers traitements le potassium pour lutter contre l'hypokaliémie. Les dangers de l'administration de potassium sont nuls si on s'entoure des précautions d'usage et si on ne dépasse pas des concentrations de 4 g de chlorure de potassium par litre de sérum glucosé ou salé. L'anurie constitue une contre-indication majeure.

Le meilleur traitement de l'hypokaliémie post-opératoire est un traitement préventif. L'administration systématique quotidienne de 1 à 2 g de potassium est anodine et facilite les suites opératoires (HOLLENDER, ELMAN).

TRAITEMENTS POUR LES DIVERSES VARIETES D'OCCLUSIONS

1 - Occlusion dys-dynamique

Si le diagnostic est avec certitude, celui d'occlusion dys-dynamique, il semble bien que seule la méthode de l'aspiration duodénale continue mérite d'être mise en oeuvre.

On pourra y adjoindre un traitement par la prostigmine, l'infiltration splanchnique bi-latérale ou même, dans certains cas, la rachianesthésie. Le Spasmoryl intra-veineux peut donner des résultats intéressants.

L'aspiration duodénale continue devra être continuellement surveillée. En quelques heures le météorisme doit devenir minime.

Le transit pourra ne redevenir normal qu'au bout de 2 à 5 jours. Il faudra donc persévérer et on pourra être assuré de la guérison.

On peut d'ailleurs de temps à autre arrêter l'aspiration et nourrir le malade, le lever et le faire marcher, ce qui ne peut que favoriser une reprise du transit.

2 - Obturation

Le premier traitement à mettre en oeuvre est le traitement médical. On installera une aspiration duodéno-jéjunale continue qu'on aura soin de vérifier très souvent.

Dans les heures qui suivent, l'état général doit s'améliorer et ceci d'une façon très sensible.

Les douleurs doivent pratiquement disparaître et le météorisme devenir minime.

- En cas d'agglutination d'anses, d'adhérences peu serrées, ce traitement associé à un traitement antibiotique pourra souvent amener une guérison complète en quelques jours.

- Si l'occlusion par obturation est causée par un abcès, il faudra, le malade étant sous l'aspiration duodénale, l'évacuer au plus tôt, ce geste suffisant pour la majorité des cas à amener la guérison.

Mais

dans certains cas, on peut être amené à réintervenir, étant donné le peu d'amélioration obtenu par le traitement médical, une reprise retardée du transit intestinal et surtout, une recrudescence du syndrome douloureux.

Actuellement beaucoup d'auteurs pensent que seul l'abond direct est la méthode de choix.

- L'iléostomie autrefois justement défendue, a beaucoup perdu de son intérêt au profit de l'aspiration duodénale continue.

Elle ne réussit pratiquement jamais car elle ne déballonne qu'une seule anse intestinale, le reste de l'intestin n'étant pas intéressé.

- La dérivation peut se faire de deux façons :

a) Elle peut être grêle - grêle

Sur un malade déjà amélioré par un temps d'aspiration duodénale continue, et sur un abdomen déballonné, cette intervention est tout-à-fait justifiée (V. ROUX et J. SEYER).

b) Elle peut être grêle - colon

Il peut s'agir soit d'iléo-transversostomie, soit d'iléo-sigmoïdostomie. Ces deux méthodes ont peu de partisans.

"La seule opération logique est la libération des anses, dut-elle se faire en plein foyer septique, dut-elle durer une heure et plus"

(QUENU-THOMERET).

Actuellement, grâce au traitement pré-opératoire par l'aspiration duodénale continue, l'anesthésie moderne, à la réanimation, au rétablissement de l'équilibre aqueux et salino-protéique, on peut se permettre de tenter l'opération de NOBLE.

On pratiquera une laparotomie. Le premier geste consistera à libérer toutes les anses grêles. Dans certains cas, ce sera très difficile et de longue durée car les anses peuvent être fortement agglutinées et présenter de multiples adhérences.

Puis on accolera les anses en accordéon en les suturant les unes aux autres. On prendra grand soin au niveau des angles afin d'éviter la formation d'un espace mort qui pourra secondairement permettre l'étranglement d'une anse.

3 - Strangulation

On installera d'emblée une aspiration duodénale continue, ne fût-ce que quelques heures. Elle permettra d'opérer dans de meilleures conditions sur un abdomen déballonné ou en voie de l'être.

On adjoindra un traitement intense : Sang - Plasma - Sérum salé, glucosé.

On pratiquera une laparotomie qui nous permettra d'explorer les lésions.

Deux éventualités peuvent se voir :

- Si l'intestin est sain, non sphacélé, il faut se contenter de lever l'obstacle : désincarcération, détorsion, section de la bride.

On aura toujours soin de péritoniser soigneusement les surfaces cruantées, d'enfouir les zones d'implantation des brides, d'obturer les brèches anormales.

- Si l'intestin est sphacélé ou sa paroi gravement altérée, la résection s'impose. Avant de prendre cette décision qui comporte un important risque supplémentaire pour le malade, il faudra soigneusement vérifier l'état de l'anse.

On pratiquera des applications locales de sérum chaud, des infiltrations de Novocaïne dans le méso. On attendra quelques minutes, où l'on pourra avoir la surprise de voir cette anse reprendre une vitalité qui pourra permettre sa réintégration sous surveillance.

Nous en avons plusieurs observations et ce n'est que très rarement que nous avons été obligés de pratiquer une résection.

Si la résection intestinale est décidée, l'anastomose qui suit pourra se faire par deux méthodes :

Soit par les procédés ordinaires.

Soit par le procédé de l'anastomose aseptique (technique de PARKER-KERR par exemple).

Observation N° 11

Malade opéré d'appendicite le 18 Février 1952. Il présente quelques jours plus tard une occlusion par strangulation pour laquelle on réintervient d'urgence. On pratique une résection de la bride et l'on réintègre l'anse étranglée, celle-ci ayant repris, après traitement local, une coloration sub-normale et un certain degré de péristaltisme.

Trois mois plus tard, le malade revient dans le service pour occlusion intestinale aiguë. On fait le diagnostic d'occlusion par strangulation du grêle et on réintervient.

Longue incision para-rectale droite itérative. Lorsqu'on incise le péritoine il s'écoule un très abondant liquide séro-hématique. Après avoir refoulé les anses, on découvre une énorme masse intestinale couleur lie de vin strictement immobile, tendue et semblant amarrée à la face postérieure. Il s'agit d'un volvulus grêle qui s'est fait autour d'une bride mésentérique.

On pratique une résection de l'anse infarctée et une suture termino-terminale aseptique selon la technique de PARKER-KERR. Certaines zones de l'iléon étant dépéritonisées, on décide, par crainte de récurrence de

phénomènes occlusifs, de pratiquer d'emblée une opération de NOBLE (La communication de cette observation a été faite à l'Académie de Chirurgie par le Docteur BLANQUERNON, Rapporteur Docteur ISEILIN).

Les deux méthodes d'anastomose par le procédé ordinaire ou par le procédé dit "aseptique" ont leurs défenseurs.

Il semble que les anastomoses latéro-latérales soient plus dangereuses que les anastomoses termino-terminales (COLLER et SUXTON).

4 - Occlusion due au drainage

Tout opéré drainé devra être surveillé de près.

Dès le début des accidents occlusifs ou même sub-occlusifs, il faudra comme premier geste retirer le drain de caoutchouc ou la mèche trop serrée d'un sac de Mickulicz.

Ceci nous semble d'autant plus impérieux que par le drain de caoutchouc, on verra s'écouler une sérosité claire en grande abondance, signe précurseur d'occlusion.

R E S U L T A T S

<u>1 Dys-dynamique diagnostiquée</u>	Obs. 1	Traitement médical	Guérison
<u>4 strangulations :</u>	Obs. 11, 12, 13, 14		
3 diagnostiquées		Intervention	3 Guérisons
1 étiquetée d'abord obturation (Obs. 12), mais vu l'aggravation des signes,		Intervention	Guérison
<u>10 Obturations :</u>			
6 agglutinations d'anses	{ Obs. 2, 3, 4, 5, 10, 14	Traitement médical	5 Guérisons 1 <u>Mort</u>
4 furent opérées	{ Obs. 6 Obs. 9 Obs. 13 Obs. 15	Libération d'anses suivie de Noble Evacuation d'abcès du Douglas Evacuation d'un abcès profond Caecostomie	Guérison Guérison Guérison <u>Mort</u>
<u>3 Occlusions sur drain :</u>			
2 diagnostiquées	Obs. 8, 10	Ablation du drain	2 Guérisons
1 non diagnostiquée	Obs. 7	Laparot. explorat.	Guérison

3 cas ont présenté le passage d'une variété d'occlusion à l'autre :

Obturation - occlusion sur drain	Obs. 10	Guérison
Strangulation - obturation	Obs. 13	Guérison
Obturation - occlusion sur drain - strangulation	Obs. 14	Guérison

CONCLUSIONS

Le problème des occlusions post-opératoires reste pour le chirurgien le problème angoissant par excellence.

On peut rencontrer dans les suites opératoires immédiates et secondaires précoces toutes les formes connues de l'occlusion intestinale avec une spéciale aux post-opératoires, celle due au drain.

- L'occlusion post-opératoire immédiate est le plus souvent dys-dynamique, ce qui n'exclut pas la possibilité d'occlusions mécaniques, surtout la strangulation.

- L'occlusion post-opératoire secondaire précoce est plus souvent due à l'obturation, quoiqu'on puisse y voir également des occlusions dues à une strangulation.

La clinique de l'occlusion post-opératoire diffère de celle de l'occlusion banale par la difficulté fréquente de la distinction des phénomènes occlusifs des symptômes de la maladie opératoire elle-même.

Il y a lieu d'insister sur la nécessité encore trop méconnue de pratiquer des examens radiologiques répétés et systématiques dans tout cas de suites opératoires troublées. Ces examens pourront non seulement aider à faire poser le diagnostic de l'occlusion, en indiquer le type, mais aussi prouver d'une manière indiscutable la possibilité d'association ou de succession des diverses variétés d'occlusion.

Le problème de l'occlusion post-opératoire reste donc essentiellement celui du diagnostic précoce et nous ne pouvons espérer faire ce dernier que par la juxtaposition de la clinique et de la radiologie.

Le traitement ne doit plus être envisagé uniquement sous la forme d'une intervention systématique.

- L'aspiration duodénale continue peut être, dans la majorité des cas, le seul traitement suffisant dans les occlusions dys-dynamiques.

Dans l'occlusion par obturation si l'aspiration duodénale continue n'est pas toujours suffisante, elle permet d'attendre le moment d'apparition de troubles où l'indication opératoire devient formelle. Cependant dans beaucoup de cas l'aspiration suffit à elle seule à guérir le malade.

- L'intervention ne s'impose d'urgence que dans l'occlusion par strangulation. L'aspiration duodénale continue de quelques heures, associée au traitement médical général et précédant l'intervention chirurgicale en améliore grandement le résultat.

OBSERVATIONS

Observation N° 1

Madame R..., 56 ans, entrée dans le service le 1er Février 1951 pour néoplasie gastrique.

- 7 Février 1951 - Intervention - Dr. ISELIN - GASTRECTOMIE SUB-TOTALE, TYPE LEGER

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Une grosse plaque indurée occupe toute la région pylorique de la petite à la grande courbure. Le péritoine est sain par dessus; on ne trouve pas de ganglions. Résection de l'épiploon en masse avec l'estomac. Fermeture du duodénum en bourse après écrasement. Deux plans d'enfouissement. Anastomose, type Léger. Le jéjunum venant perpendiculairement à la partie laissée ouverte de la tranche gastrique (section transversale de l'anse) et anastomose en deux plans en arrière (après suspension). Trois plans en avant, enfouissement supplémentaire de la raquette. Fermeture de la brèche mésocolique à points séparés et au lin. Fermeture: lin sur péritoine, acier sur fascies et peau.

Résultat de l'histodiagnostic (N° 37.753) : Epithélioma atypique et infiltrant de l'estomac (Professeur DELARUE)

Suites opératoires :

- 11 Février 1951

Malade en bon état général, mais uniformément météorisée, se plaignant de rares douleurs abdominales, n'ayant rendu ni ses gaz, ni ses matières depuis le jour de l'intervention.

Radiographie

En position couchée - Distension importante du gros et du grêle avec quelques images en damier.

En position debout

On retrouve la distension du gros et du grêle avec quelques rares niveaux liquides sur le grêle.



Sur ces deux images et l'examen clinique, nous concluons qu'il s'agit là d'un iléus dynamique.

Examen de laboratoire

Urée 0,65

Traitement

Aspiration duodénale continue.

500 cc de sérum physiologique auxquels on ajoute 20 cc de sérum hypertonique, 500 cc de plasma et 500 cc de sérum glucosé.

Cette thérapeutique est continuée pendant plusieurs jours, sous surveillance particulière.

- 13 Février 1951

La malade rend les gaz et quelques matières. Le ventre est déballonné.

On décide d'arrêter l'aspiration.

Guérison.

Sortie le 22 Février 1951.

Observation N° 2

Monsieur A..., 53 ans, est adressé dans le service le 26 Octobre 1952, pour appendicite aiguë.

- 27 Octobre 1952 - Intervention - M. VAZEUX - APPENDICECTOMIE

Incision de Mac Burney. A l'ouverture du péritoine, on trouve un peu de liquide non purulent et des adhérences à la paroi latérale du caecum. Extériorisation difficile du bas-fond caecal. Les derniers centimètres de l'iléon sont également infiltrés et difficiles à extérioriser. L'appendice se trouve enfoui sous un bloc inflammatoire et sa libération en est très difficile. Ligature de l'appendice au catgut. Ectomie au thermocautère. Enfouissement du moignon au catgut. Fermeture en 3 plans. Streptomycine et Pénicilline in loco.

Suites opératoires

- 29 Octobre 1952

Bon état général, mais le malade se plaint de douleurs abdominales à type de colique, et de nausées continues. Absence de matières et de gaz et ceci depuis le jour de l'intervention.

A l'examen

Abdomen météorisé dans son ensemble, tympanique, peu douloureux à la palpation. On ne distingue pas d'ondes péristaltiques.

Traitement

Aspiration gastrique.

Sérum hypertonique intra-veineux.

Goutte à goutte rectal.

- 30 Octobre 1952

Le météorisme est moins important qu'hier, mais toujours absence d'émission gazeuse et de matières.

- 31 Octobre 1952

Malade fatigué, déshydraté.

A l'examen

Météorisme important, mais pas de colique.

On décide de faire un examen radiographique.





Radiographie

Distension importante de plusieurs anses grêles. Absence d'aérococolie. On pense qu'il s'agit ici d'une occlusion mécanique, probablement due à une agglutination d'anses.

Une radiographie pratiquée lors de la mise en place d'un petit lavement baryté confirme l'absence de distension de tout le cadre colique.

Etant donné le bon état général, l'absence de coliques, d'ondes péristaltiques, de recrudescence du syndrome douloureux, on décide de s'abstenir de tout acte chirurgical et d'adjoindre au traitement antérieur l'injection de sérum physiologique et glucosé *larga manu*, pour lutter contre la deshydratation.

- 1er Novembre 1952

Débâcle urinaire et gazeuse. Matières en grande abondance. On décide d'arrêter l'aspiration.

Dans les jours qui suivent, tout rentre dans l'ordre.

Le malade sort guéri le 12 Novembre 1952.

Observation N° 3

Monsieur K..., 74 ans, est admis dans le service le 30 Septembre 1950 pour syndrome sub-occlusif.

Après examens radiologiques et cliniques on conclut à un néo du colon gauche et l'on décide de pratiquer, vu l'aggravation du syndrome occlusif, une CAECOSTOMIE d'urgence.

Dans les jours qui suivent, amélioration de l'état général, sa caecostomie marchant parfaitement bien.

- 14 Octobre 1950 - Intervention - Dr. BLANGUERNON - COLECTOMIE GAUCHE
Colectomie large avec anastomose latéro-latérale par points séparés au lin.

Drainage de l'orifice cellulaire par contre-incision lombaire.

Suites opératoires - Normales:

Le malade quitte le service le 20 Octobre 1950 contre avis médical.

Il revient à nouveau dans le service le 19 Décembre 1950 pour phénomènes occlusifs.

Le malade présente depuis 3 jours des vomissements alimentaires et bilieux et depuis 24 h. un arrêt des gaz et des matières. D'autre part, douleurs vives localisées dans la région épigastrique et l'hypochondre gauche.

A l'examen

Météorisme important. On voit quelques rares ondulations péristaltiques.

Radiographie

Distension d'une seule anse grêle, située en haut et à gauche de l'ombilic.

On pense à la possibilité d'un volvulus sur adhérences ou d'une strangulation par bride.

On décide d'intervenir d'urgence après avoir mis en place une aspiration duodénale continue. Cette dernière ramène un liquide verdâtre en abondante quantité.





- 19 Décembre 1950 - Intervention - Dr. SENECHAL - SECTION DE BRIDES

Dès l'ouverture du péritoine, issue de liquide séreux en grande quantité. On tombe de suite sur deux anses grêles très dilatées, accolées en canon de fusil, violacées. A la base de l'accolement, on aperçoit une bride très serrée que l'on libère de suite aussitôt. L'anse intestinale revenant à elle par injection de Novocaïne et sérum chaud, on décide de la réintégrer.

Traitement post-opératoire

Poursuivre l'aspiration duodénale continue.

Pénicilline. Streptomycine.

Sérum glucosé. Sérum salé isotonique. Plasma.

Suites opératoires - Normales.

Au 3ème jour, le malade rend matières et gaz par l'orifice de caecostomie.

- 25 Décembre 1950

Depuis 24 h. arrêt des gaz et des matières.

Douleurs abdominales à type de crampe évoluant par crises paroxysmiques.

A l'examen

Abdomen légèrement météorisé, souple et tympanique, peu douloureux à la palpation profonde.

Radiographie

Distension d'anses grêles.

On porte le diagnostic d'occlusion mécanique par agglutination d'anses.

Traitement

Aspiration duodénale continue.

Petit lavement hypertonique.

Prostigmine.

Sérum physiologique et glucosé intra-veineux.

- 26 Décembre 1950

Le malade ne souffre plus, mais présente à l'examen un météorisme abdominal moyennement important. Toujours absence de gaz et de matières par l'anus caecal.

- 27 Décembre 1950

Etat inchangé.

- 28 Décembre 1950

Ventre pratiquement plat. Le malade ne souffre absolument plus.

On poursuit l'aspiration et la réhydratation et l'on ajoute au traitement précédent du sang et du plasma.

- 29 Décembre 1950

Issue de matières et de gaz.

L'occlusion étant levée, on décide de supprimer l'aspiration.

Dans les jours qui suivent, amélioration très nette de l'état général et la malade quitte le service guéri.

Observation N° 4

Monsieur R... est hospitalisé dans le service le 10 Janvier 1953 pour néo du rectum.

- 16 Janvier 1953 - Intervention - Dr. FICHEUX - AMPUTATION ABDOMINO-PERINEALE

1 - Temps abdominal

Médiane sous-ombilicale. Ligature du méso. L'anse sigmoïde est longue. Abaissement de 20 cm du sigmoïde. Section entre deux écraseurs de De Martel. Libération du rectum descendant jusqu'au plancher des releveurs avec ligature des ailerons au fil de lin. Abouchement à la peau iliaque gauche. Constitution d'un anus iliaque définitif. Fermeture en 3 plans.

2 - Temps péritonéal

Incision en verre à pied périnéal. Exérèse après section des releveurs de la pièce décollée par le temps abdominal. Mikulicz. Deux mèches. Deux points de rapprochement sur la partie inférieure. Mise en place d'une sonde à demeure.

Traitement post-opératoire

Sérum physiologique et glucosé. 1 litre de sang.
Pénicilline et Streptomycine.

Histodiagnostic N° 52.091 (Professeur DELARUE)

Epithélioma de l'ampoule rectale avec fusée néoplasique le long du pédicule artériel.

Suites opératoires - Normales

Le malade rend matières et gaz par son anus iliaque gauche 48 h. après l'intervention.

Reprotéinisation active par plasma, protéines, vitamines B et C.

- 23 Janvier 1953

Le malade se plaint de douleurs abdominales basses survenant par crises. Il se sent très fatigué. Inappétence complète.

Arrêt des matières et des gaz par l'anus artificiel.

A l'examen

Abdomen météorisé dans son ensemble. Pas d'ondulation péristaltiques visibles. Douleurs à la palpation appuyée. Tympanisme généralisé.

On décide d'installer une aspiration duodénale continue.



- 24 Janvier 1953

Malade toujours météorisé et se plaignant des mêmes douleurs abdominales. Peu d'amélioration de l'état général.

Radiographie

Dilatation importante de plusieurs anses grêles hautes.

Diagnostic

Occlusion mécanique par agglutination d'anses.

Constatant que l'aspiration précédente n'était pas gastrique, sous scopie, avec une sonde d'Einhorn, on la rend duodénale puis iléale.

Traitement

Poursuivre l'aspiration.

Intensifier la sérothérapie.

Sang et plasma.

- 25 Janvier 1953

Amélioration nette de l'état général du malade.

L'aspiration a ramené 3 litres de matières liquides et très fétides.

Le malade ne souffre plus du tout.

On décide de poursuivre le traitement précédent, l'anus artificiel ne donnant toujours rien.

- 26 Janvier 1953

Etat inchangé, mais ventre plat et indolore. Le malade rend quelques gaz par l'anus. L'occlusion est en voie de se lever.

- 27 Janvier 1953

A 4 h. du matin on est appelé d'urgence par l'opéré qui présente une défaillance cardiaque brutale.

Traitement

On ajoute au traitement précédent de l'Ephédrine, de la Coramine et de la Spartéine.

Dans les heures qui suivent, le malade s'affaiblit de plus en plus. Il n'est nullement deshydraté, mais présente des signes de plus en plus alarmants de défaillance cardio-vasculaire.

Décès à 20 h., 30.

Autopsie

Anses intestinales peu dilatées, sub-normales. Après les avoir réclinées, on tombe au niveau du petit bassin sur deux anses accolées en regard de la zone de péritonisation.

Il s'agissait bien d'une péritonite plastique adhésive en voie de régression.

Etant donné que les anses sont perméables et peu distendues, la mort n'est plus due à l'occlusion.

Observation N° 5

Madame P..., est envoyée dans le service en urgence le 25 Fév. 1952 pour hernie crurale droite étranglée.

- 25 Février 1952 - Intervention - Dr. SENECHAL - CURE

Incision au niveau de la hernie. Après débridement de l'anneau d'étranglement et ouverture du sac, on tombe sur une anse violette, inerte et suspecte. Réhydratation par sérum chaud. Injection de Novocaïne dans le néso. L'anse intestinale revient à la vie et présente outre un changement de coloration des ondulations péristaltiques. On décide de la réintégrer. Fermeture du sac. Cure de la hernie au fil d'acier.

Suites opératoires - Normales

La malade rend selles et gaz au bout de 48 h.

- 1er Mars 1952

La malade se plaint de douleurs abdominales généralisées, survenant par crises paroxystiques. D'autre part, nombreux vomissements bilieux peu abondants. Difficultés de rendre les matières et gaz.

A l'examen

Abdomen un peu ballonné, ne présentant pas d'ondulations péristaltiques. Sensibilité généralisée.

On décide de faire un petit lavement hypertonique et de la réhydrater par sérum physiologique et glucosé intra-veineux.

On installe d'autre part une aspiration gastrique.

- 2 Mars 1952

Etat inchangé.

- 3 Mars 1952

Arrêt complet des matières et des gaz. Malade très fatiguée.

A l'examen

Météorisme important. Palpation douloureuse de tout l'abdomen. On se demande s'il n'y a pas perforation au niveau de l'anse réintégrée, les signes péritonéaux étant masqués par les Antibiotiques. On décide de faire des radiographies.



Radiographie

Distension d'anses grêles. Absence d'aérocolie.

Diagnostic : Occlusion mécanique par agglutination d'anses.

Traitement

Aspiration duodénale continue.

Spasmoryl.

Sérum physiologique glucosé et hypertonique.

- 4 Mars 1952

Diminution nette du météorisme. Sédation des douleurs. Amélioration de l'état général.

- 5 Mars 1952

Etat général satisfaisant. Il subsiste un très léger météorisme.
Palpation absolument indolore.

- 6 Mars 1952

Evacuation de gaz et de matières en grande quantité.

L'occlusion étant levée, on décide d'enlever l'aspiration.

Dans les jours qui suivent, tout rentre dans l'ordre et la malade quitte le service en parfaite santé le 23 Mars 1952.

Observation N°6

Monsieur A., 28 ans, entré dans le service pour syndrome douloureux de la fosse iliaque droite accompagné de nausées et quelques rares vomissements. On pose le diagnostic d'appendicite.

- 1er Février 1951 - Intervention - M. VERNES - APPENDICECTOMIE

Incision de Mac Burney. Découverte facile d'un appendice sub-normal, quoiqu'un peu hyper-vascularisé. Ectomie. Enfouissement du moignon.

Les lésions observées n'étant pas satisfaisantes pour l'opérateur, exploration minutieuse des dernières anses grêles. Absence de Meckel.

On décide de reformer. Péritoine au lin, muscles et aponévrose au catgut, agrafes sur la peau.

Suites opératoires

Normales dans les premiers jours, mais le malade continue toujours à souffrir de sa fosse iliaque droite et de la région péri-ombilicale.

- 21 Février 1951

Arrêt ce jour des matières et des gaz; d'autre part, accentuation du syndrome douloureux abdominal avec, à l'examen, ballonnement important de tout l'abdomen. Dans la région latéro-ombilicale droite présence d'une masse superficielle, douloureuse à la palpation, donnant l'impression de rouler sous le doigt. Cette masse est de plus, gargouillante; mais absence complète d'ondes péristaltiques.

Radiographie

Présence de quelques anses grêles distendues avec, sur la radiographie couché, 3 niveaux liquides visibles. D'autre part, présence dans la région péri et sus-ombilicale droite d'une masse parsemée d'images aériques.

On décide de pratiquer un lavement baryté pour préciser la nature de cette image suspecte.

- 22 Février 1951

Le malade rend quelques gaz, mais ne se déballonne presque pas.

On installe l'aspiration duodénale continue.

D'autre part, le malade étant déshydraté on fait 1 litre de sérum physiologique et 1 litre de sérum glucosé intra-veineux.





- 24 Février 1951

Grâce à l'aspiration, déballonnement progressif. Emission de quelques gaz et de matières en très petite quantité.

Radiographie

Lavement baryté - Dolicho-colon-sigmoïde avec, d'autre part, au niveau de l'angle droit, une image ressemblant à une ébauche de torsion ou un dolicho-colon.

On décide après traitement pré-opératoire, de pratiquer une laparotomie exploratrice.

- 3 Mars 1951 - Intervention - Dr. FICHEUX - LAPAROTOMIE EXPLORATRICE

Médiane sous-ombilicale. Le sigmoïde est long, mais il n'y a pas à proprement parler de dolicho. Par contre la partie terminale de l'iléon est complètement agglutinée en un paquet sur 35 à 40 cm. et ceci jusqu'au niveau de l'angle droit (ce qui expliquerait l'image radiologique curieuse). Libération des adhérences. Les anses intestinales étant bien vivantes, on décide de pratiquer d'emblée une opération de Noble. Fermeture de la paroi en 3 plans.

- 5 Mars 1951

Abdomen à nouveau ballonné dans son ensemble, tympanique; le malade n'a pas rendu de gaz, ni de matières depuis le jour de l'intervention.

On installe l'aspiration duodénale continue, en y adjoignant un traitement par la Prostigmine, sérum salé hypertonique et sérum glucosé.

- 6 Mars 1951

Abdomen beaucoup moins ballonné. Amélioration de l'état général. Le malade ne souffre presque pas.

- 7 Mars 1951

On enlève l'aspiration. Le malade commence à rendre ses gaz et ses selles.

Dans les jours qui suivent, amélioration progressive vers la guérison complète.

Sortie le 3 Avril 1951 en excellent état général et local.

A signaler qu'à la suite de l'Opération de Noble, le malade n'a plus présenté aucun syndrome douloureux abdominal.

Observation N° 7

Madame D..., 46 ans, est envoyée pour important fibrome utérin, accompagné de métrorragies persistantes. Elle présente en plus, une hernie crurale droite importante.

1er Décembre 1950 - Intervention - Dr. BLANGUERNON - HYSTERECTOMIE TOTALE SANS CONSERVATION et CURE DE HERNIE CRURALE DROITE - DRAIN DE SECURITE DANS LE DOUGLAS

Médiane sous-ombilicale. Utérus fibromateux avec d'autre part, présence d'un fibrome de la taille d'un pamplemousse. Hystérectomie totale. Col métritique en bouchon de champagne. Suture du vagin. D'autre part, présence d'un kyste de l'ovaire droit. Péritonisation hermétique du fond du pelvis par surjet au catgut chromé. APPENDICECTOMIE compélmentaire, sans enfouissement. Fermeture en 3 plans, drain de sécurité dans le Douglas.

Cure de la hernie crurale.

Suites opératoires

Normales dans les heures qui suivent, mais l'opérée se plaint ce pendant d'une petite douleur abdominale basse et médiane.

- 2 Décembre 1950

On est étonné par un écoulement de sérosité claire et inodore issue du drain. Ecoulement tellement abondant que le pansement a dû être changé 2 fois dans la matinée.

Température à 38°. Pouls à 100. Diurèse : 350 cc.

On prescrit la Pénicilline et la Streptomycine.

- 3 Décembre 1950

Le tableau reste à peu près identique : l'état général est satisfaisant ; langue humide, faciès bien coloré, mais on note la présence d'un léger météorisme abdominal et toujours cet écoulement de sérosité claire par le drain qui devient impressionnant, forçant à changer de pansement plusieurs fois par jour.

L'aspiration par le drain ramène plusieurs seringues du même liquide clair.

En plus des Antibiotiques généraux, on injecte 5 millions de Pénicilline par le drain. Bien que la malade boive et ne vomisse pas, on fait 1.500 cc de sérum (glucosé, salé, bicarbonaté) pour tenter d'équilibrer la spoliation liquidienne.

- 4 Décembre 1950

On note un contraste frappant entre l'amélioration des signes généraux, température à 37°6, pouls à 85 et l'aggravation des signes physiologiques. Le faciès est très tiré, les yeux cornés, le météorisme important et généralisé sans péristaltisme visible.

Malgré lavement hypertonique, sérum salé hypertonique et Spasmoryl intra-veineux, Prostigmine, il n'y a pas d'émission gazeuse.

Le diagnostic d'iléus mécanique paraît sûr et sa cause trop certaine une péritonite plastique adhésive à signes généraux estompés en raison des Antibiotiques, mais avec cette caractéristique que loin de réaliser la péritonite sèche, elle réalise une péritonite très humide.

Traitement

Aspiration duodénale continue avec tube d'Eudel qui s'avère d'emblée efficace, ramenant à chaque fois de 3 à 4 litres de liquide foncé.

On porte la dose de Streptomycine à 2 g, mais dans les heures et jours qui suivent, aucun déblocage du transit intestinal.

On se contente de maintenir, tant bien que mal, l'état général en faisant des perfusions massives de sérum, de plasma associées aux vitamines B et C.

Progressivement et très lentement la courbe de température et du pouls grimpent pour atteindre au 6ème jour, respectivement 38°6 et 120.

Le drain ne donne plus.

Le pronostic s'assombrit et bien que l'on n'ait qu'une confiance très limitée dans une iléostomie qui ne peut guère faire mieux que l'aspiration duodénale toujours efficace, on se décide à réintervenir après une ultime perfusion de 500 cc de plasma.

- 7 Décembre 1950 - Intervention - Dr. BLANGUERNON

Médiane sous-ombilicale itérative sur les 10 derniers centimètres. Force est de constater qu'il n'y a ni pus, ni liquide dans la cavité abdominale. La distension du grêle est moyenne; on décide d'explorer plus avant. Après avoir récliné quelques anses distendues, on tombe subitement sur une anse très grêle, aplatie, recroquevillée sur l'anse précédente. A l'union de ces deux zones est imprimé, sous la forme d'une empreinte régulière et cylindrique, l'agent causal de l'obstruction : le drain. Une infiltration de 10 cc de Novocaïne dans le mésentère permet de voir sous nos yeux l'anse aplatie se remplir. Pénicilline et Streptomycine locales. Fermeture en 3 plans.

Suites opératoires

Le lendemain matin, l'opérée est très fatiguée, mais l'aspiration duodénale ne donne qu'1/2 litre de liquide; la malade peut boire et s'alimenter légèrement.

- 9 Décembre 1950 - Débâcle gazeuse et urinaire.

- 10 Décembre 1950 - Emission de selles. La défervescence se précise.

- 17 Décembre 1950 - Sortie de la malade complètement guérie.

Observation N° 8

Enfant Serge M..., 6 ans, est admis le 12 Janvier 1951 à 6 h. du matin pour appendicite aiguë datant de 12 h. environ.

Température 39°. Pouls 110. Pas de contracture, mais défense localisée à la fosse iliaque droite.

Toucher rectal très douloureux.

- 12 Janvier 1951 - Intervention - Dr. BLANGUERNON - APPENDICECTOMIE DRAINAGE

Appendicite gangréneuse avec pus mal lié, très abondant et fétide. Appendicectomie sans enfouissement. Drain amène doucement au fond du Douglas et qui donne immédiatement. Fermeture en un seul plan avec fil d'attente. Pénicilline et Streptomycine locales.

Suites opératoires

Dans les jours qui suivent, défervescence rapide. Emission de gaz après 36 h. Selles spontanées après 48 h. Le drain ne donne pratiquement plus rien le 3ème jour et l'on donne l'ordre de l'enlever le 15 Janv. 51.

- 16 Janvier 1951

On est surpris de retrouver l'enfant très fatigué, souffrant de douleurs abdominales continues et renforcées par des crises paroxystiques. Arrêt des matières et des gaz.

A l'examen

Abdomen météorisé, sonore. On ne voit pas d'ondes péristaltiques.

On est frappé d'autre part par le pansement qui est inondé de sérosité claire, ainsi que les draps. Malgré les ordres de la veille, le drain n'avait pas été enlevé, mais simplement raccourci de moitié.

Lors de l'examen, on assiste alors à une crise douloureuse et on peut voir contrairement aux examens précédents, sous la paroi très mince, au niveau de l'hémi-abdomen droit, la lutte des anses contre un obstacle inconnu.

A l'auscultation, borborygmes significatifs. Le diagnostic ne fait aucun doute : il s'agit ici d'une occlusion mécanique, imposant en principe une réintervention d'urgence. Mais nous souvenant de l'observation précédente N° 7, nous nous contentons simplement d'enlever le drain, pensant que là aussi, il s'agit d'une occlusion due au drain.

Trois heures plus tard, les crises paroxystiques ont pratiquement cessé et cinq heures après, on assiste à une grande débâcle gazeuse.

- 17 Janvier 1951

Emission de selles et de gaz en grande quantité.

Dans les jours qui suivent, tout rentre dans l'ordre et l'enfant sort guéri le 23 Janvier.

Observation N° 9

Monsieur M..., 43 ans, est adressé dans le service le 18 Nov. 1952 pour appendicite sub-aiguë.

- 19 Novembre 1952 - Intervention - M. VERNES - APPENDICECTOMIE

Incision de Mac Burney. Pas de liquide à l'ouverture du péritoine. On trouve facilement la base de l'appendice, mais l'extrémité distale, difficile à extérioriser. Appendice d'aspect inflammatoire. Ectomie. Enfouissement au lin. Fermeture en 3 plans, sans drainage.

Suites opératoires

- 21 Novembre 1952

Malade se plaignant de douleurs abdominales basses, survenant par crises, à type de colique. Nausées fréquentes. Pas de vomissements.

A l'examen

Abdomen météorisé dans sa totalité. Absence d'ondes péristaltiques. Tympanisme généralisé.

Aucune émission gazeuse, ni matières, depuis l'intervention.

Traitement

Aspiration duodénale continue.

1 litre de sérum physiologique. 1 litre de sérum glucosé. 20 cc de sérum hypertonique.

Prostigmine.

- 22 Novembre 1952

Malade fatigué, toujours météorisé quoiqu'un peu moins qu'hier. On note d'autre part, la présence d'un sub-ictère.

Traitement

Pénicilline. Streptomycine.

- 24 Novembre 1952

Malade presque Complètement déballonné, mais toujours un peu fatigué, sub-ictérique n'ayant rendu ni gaz, ni matières. Urines très foncées : présence de sels et pigments biliaires.

On décide d'adjoindre au traitement en cours, de la Tifomycine et de pratiquer une radiographie abdominale.



Radiographie

Présence des 3 anses grêles très distendues, à prédominance sus et péri-ombilicale.

On fait le diagnostic d'occlusion mécanique, mais devant l'état général satisfaisant dans l'ensemble, l'absence de signe de choc, les douleurs peu importantes, on décide de s'abstenir de tout acte chirurgical, pensant qu'il s'agit ici d'une agglutination d'anses devant céder au traitement antibiotique et à l'aspiration.

- 25 Novembre 1952

Etat inchangé, mais au toucher rectal, on sent bomber dans le rectum une masse douloureuse, peu rénitente, de la taille d'un oeuf de poule.

Nous concluons à la présence d'un abcès du Douglas, en voie de collection et qu'il faudra drainer.

Le malade est revu à la contre-visite du soir. Emission de plusieurs gaz et selles liquides. L'occlusion semble en voie d'être levée.

- 26 Novembre 1952 - Intervention - Dr. ISELIN - PONCTION DU DOUGLAS

Après dilatation, on constate que la muqueuse rectale est très oedématisée. Présence d'une tumeur rénitente mais qui ne résiste pas assez à la pince pour que l'on puisse faire une rectotomie. On se contente d'une ponction simple. Ecoulement de sang noirâtre et fétide, signant la présence d'un hématome infecté.

- 27 Novembre 1952

Le malade a été 2 fois à la selle. Emission normale des gaz.

A l'examen

Ictère franc. Abdomen toujours un peu ballonné.

On décide de maintenir l'aspiration.

- 26 Novembre 1952

Arrêt de l'aspiration. L'occlusion est parfaitement levée.

Bon état général, mais le malade mettra plusieurs jours à guérir de son ictère.

- 13 Décembre 1952

Sortie. Complètement guéri.

Observation N° 10

Madame A..., 58 ans, est adressée dans le service le 20 Juin 1951 pour phlegmon pyo-stercoral (opérée d'une occlusion sur bride en Fév. 51).

- 23 Juin 1951 - Intervention - M. GOSSE - INCISION ET MISE A PLAT DU PHLEGMON PYO-STERCORAL

- 26 Juin 1951

Issue de quelques rares matières par les fistules grêles.

- 27 Juin 1951

Comblement des deux fistules par de l'annios.

Malade très fatiguée, présentant un faciès cirieux et un très mauvais état général.

Tension artérielle 12/8. Pouls à 110. Température à 38°9.

Traitement

Sérum physiologique 1 l., glucosé 1 l.

On ajoute au traitement antibiotique (Pénicilline et Streptomycine) de l'Auréomycine.

- 30 Juin 1951

Meilleur état général. Malade apyrétique mais se plaignant de quelques rares coliques intestinales.

- 2 Juillet 1951

Coliques très fréquentes, survenant par crises paroxystiques.

A l'examen

Abdomen météorisé, tympanique et douloureux à la palpation. On ne constate pas d'ondulations péristaltiques. Ces crises violentes ne cèdent qu'après issue de quelques rares matières et de quelques gaz par les fistulettes. Rien par l'anus.

On porte le diagnostic d'occlusion par agglutination d'anses et l'on se décide de pratiquer une résection intestinale dès que l'état de la malade le permettra.

Traitement

Aspiration duodénale continue.

Sang. Plasma. Sérum physiologique et glucosé. Protéolysats.

Examen de laboratoire

Hématies 3.880.000
 Leucocytes 14.000
 (dont 70 % de Polynucléaires)

Dans les jours qui suivent, amélioration de l'état général.

- 7 Juillet 1951

Reprise du transit par l'anus et les fistules. Malade complètement déballonnée, ne souffrant plus du tout.

On se décide à réintervenir.

- 20 Juillet 1951 - Intervention - Dr. BLANGUERNON - RESECTION D'UN METRE DE GRELE - ANASTOMOSE TERMINO-TERMINALE (ASEPTIQUE)

Incision médiane de part et d'autre de l'orifice des fistules. On trouve le péritoine libre au-dessus de la fistule. En-dessous de l'orifice fistuleux, le grêle se perd dans un magma d'adhérences qui aboutit à une incarceration dans le Douglas. La libération est très pénible et n'est obtenue qu'au prix de plusieurs brèches intestinales. La fistule siège à environ 70 cm de la valvule de Bauhin.

Résection d'un mètre de grêle environ, aseptique anastomosis par le procédé de Parker et Kerr au fil de lin. On obture approximativement le petit bassin par un surjet colo-utéro-vésical.

Drain dans le Douglas.

Suites opératoires- 22 Juillet 1951

On est frappé par l'issue d'une quantité très importante de sérosité claire à travers le drain, obligeant l'infirmière à changer de pansement plusieurs fois dans la journée.

- 23 Juillet 1951

La malade se plaint de douleurs abdominales survenant par crises avec maximum dans l'étage sus-ombilical. Elle signale d'autre part de fréquentes nausées et une complète incontinence.

A l'examen

Météorisme important généralisé. On remarque quelques rares ondulations péristaltiques.

Depuis le jour de l'intervention, il n'a pas été signalé d'émission de gaz, ni de matières.

Traitement

Aspiration duodénale continue.

1 litre de sérum physiologique. 1 litre de sérum glucosé.

Antibiotiques : Pénicilline et Streptomycine.

- 24 Juillet 1951

La malade est nettement améliorée par l'aspiration. Elle souffre beaucoup moins.

A l'examen, il subsiste toujours un léger météorisme; pas de reprise du transit intestinal.

L'infirmière signale la persistance d'écoulement de sérosité claire en quantité importante par le drain.

- 25 Juillet 1951

Etat inchangé, mais reprise du syndrome douloureux. Nous pensons qu'il s'agit là d'une occlusion, mais nous souvenant des observations précédentes (N° 7 et 8), nous en imputons la cause au drainage.

Ablation du drain; quelques heures plus tard, débâcle gazeuse et urinaire. Emission de selles diarrhéiques en grande quantité. Dans les jours suivant, amélioration de l'état général.

Tout rentre petit à petit dans l'ordre et la malade sort guérie du service.

N.B. - Comme dans les observations précédentes (N° 7 et 8), notons ici l'issue de sérosité claire en très grande quantité par le drain. Dans chaque cas, il s'agissait d'une occlusion mécanique dont le seul traitement a consisté en l'ablation du drain.

Observation N° 11

Monsieur S..., est adressé dans le service pour appendicite sub-aiguë.

- 16 Février 1952 - Intervention - M. BOUSSARD - APPENDICECTOMIE

Appendice congestionné, très long, gros. Ectomie. Pas d'enfouissement.

Suites opératoires - Normales

- 23 Février 1952

Le malade se plaint de douleurs abdominales diffuses à type de colique et prétend n'avoir eu ni gaz, ni selles depuis l'intervention.

A l'examen

Bon état général. Abdomen légèrement météorisé, tympanique, douloureux à la palpation profonde. On ne voit pas d'ondulations péristaltiques.

- 24 Février 1952

Malade fatigué, présentant des nausées continues et quelques vomissements. Aurait émis un gaz ce matin. Douleurs abdominales caractérisées par colique survenant par crises paroxystiques à point de départ droit, puis devenant subintrantes.

A l'examen

Météorisme important. Douleurs à la palpation. On voit quelques rares ondulations péristaltiques.

On demande une radiographie d'urgence.

Radiographie

(Couché) - Distension grêle avec absence d'aérocolie.

(Debout) - Distension importante de plusieurs anses grêles avec présence de quelques niveaux liquides.

Diagnostic

Occlusion post-opératoire mécanique. On décide d'installer une aspiration duodéno-jéjunale et de faire du sang, sérum physiologique et glucosé intra-veineux.

Dans les heures qui suivent on ne constate aucune amélioration de l'état général, aucune cessation de douleurs. Toujours pas de gaz, ni de matières.



- 24 Février 1952 - 22 h.

Etant donné la non amélioration, on décide de réintervenir d'urgence, pensant à une occlusion sur brides.

Intervention - M. GOSSE - SECTION DE BRIDES

Dès l'ouverture du péritoine, on constate la présence d'une gangrène au niveau du moignon appendiculaire. Nombreuses adhérences iléo-caecales couvrant plusieurs anses. A 20 cm de la valvule de Bauhin, on tombe sur un anneau de strangulation que l'on libère. L'anse étranglée est bleue, violacée et inerte. Infiltration de Novocaïne dans le méso. Sérum chaud.

On assiste à une reprise du péristaltisme et à une recoloration de l'anse. On décide de la réintégrer.

Traitement post-opératoire

Poursuivre l'aspiration duodénale continue.

1 litre de sérum physiologique. 1 litre de sérum glucosé; 30 cc de sérum hypertonique.

Pénicilline et Streptomycine.

- 27 Février 1952

Issue de gaz et de matières. Etat général satisfaisant.

On décide l'enlever l'aspiration.

Dans les jours qui suivent tout rentre dans l'ordre et le malade quitte le service le 20 Mars 1952.

Le malade revient le 12 Mai 1952 pour occlusion abdominale aiguë. Depuis 24 h. douleurs abdominales diffuses évoluant par crises paroxysmiques et accompagnées de vomissements alimentaires. Arrêt complet des gaz et des matières.

A l'examen

Malade fatigué, abdomen météorisé, en particulier au niveau de la région ombilicale. On ne distingue pas d'ondulations péristaltiques.

Radiographie

Distension de plusieurs anses grêles dans aérocolie.

Diagnostic

Occlusion mécanique.

Traitement

Aspiration duodénale continue.

Sérum intra-veineux à profusion.

Dans les heures qui suivent le malade continuant à souffrir et l'état général devenant de plus en plus mauvais, on décide d'intervenir d'urgence.

- 12 Mai 1952 - Intervention - Dr. BLANGUERNON - SECTION DE BRIDES - NOBLE

Dès l'ouverture du péritoine, on tombe sur un paquet d'anses agglutinées et adhérentes à la paroi. On les libère après les avoir réclinées, on tombe sur un énorme volvulus du grêle avec une anse absolument noire de 1 m, 50 de long environ. A la base, bride très serrée. Résection de cette anse-anastomose termino-terminale par anastomose aseptique. Ayant la certitude que cette occlusion récidivera rapidement en raison de la dépéritonisation de l'iléon terminal, on décide de faire une opération de Noble.

Traitement post-opératoire

Aspiration duodénale continue.

2 litres de sérum physiologique et glucosé. 500 cc de sang. 500 cc de plasma.

Suites opératoires

Etat général très satisfaisant, mais dans les jours qui suivent, absence de gaz et de matières.

A l'examen

Météorisme très discret. Aucune douleur à la palpation.

19 Mai 1952

Emission de selles et de gaz. L'occlusion post-opératoire que nous supposions due à une péritonite plastique adhésive est levée et l'on décide de supprimer l'aspiration duodénale continue.

Sortie du malade en parfait état général.

Observation N° 12

Monsieur N..., envoyé dans le service le 9 Juillet 1951 pour appendicite aiguë. Vu par l'interne de garde qui décide d'intervenir.

- 9 Juillet 1951 - Intervention - APPENDICECTOMIE - FERMETURE D'ULCERE PERFORE

Incision de Mac Burney. Dès l'ouverture du péritoine, on tombe sur un liquide inodore, louche, en assez grande quantité. Appendice rouge, mais par ailleurs sub-normal. Appendicectomie, enfouissement au moignon.

Les constatations opératoires n'étant pas satisfaisantes, on décide d'explorer plus avant, orientant le diagnostic vers un ulcère perforé. Présence d'un petit ulcère perforé de la petite courbure. Suture. Fermeture en 3 plans.

Suites opératoires - Normales, mais

- 16 Juillet 1951

Le malade se plaint de douleurs abdominales basses, avec difficulté à rendre ses selles et ses gaz.

Le toucher rectal semble montrer une masse peu importante que l'on interprète comme un abcès du Douglas en formation.

- 19 Juillet 1951

Malade très fatigué. Météorisme important, qui va en augmentant.

Douleurs abdominales à prédominance droite survenant par crises paroxystiques avec quelques rares ondes péristaltiques.

Radiographie

Distension nette de plusieurs anses grêles avec prédominance paramédiane gauche et angle droit.

Sur la radiographie debout, on constate la présence de plusieurs niveaux liquide.

On fait le diagnostic d'occlusion mécanique et l'on installe l'aspiration duodénale continue.

Traitement adjuvant

Antibiotiques.

1 litre de sérum physiologique. 1 litre de sérum glucosé.



- 20 Juillet 1951

L'aspiration et les divers traitements mis en oeuvre n'ont donné lieu à aucune amélioration.

Au toucher rectal, présence d'une masse importante bombant sous le Douglas. On décide de pratiquer une rectotomie.

La ponction ne ramenant ni pus, ni liquide suspect, on décide vu l'état général du malade, la recrudescence des douleurs, l'examen radiologique, de réintervenir.

- 20 Juillet 1951 - Intervention - Dr. FICHEUX - SECTION DE BRIDE ILEO-ILEALE

Dès l'ouverture du péritoine, on tombe sur une bride iléo-iléale cachée par plusieurs anses très distendues. Cette bride est très serrée et située près de l'angle iléo-caecal. On note à son niveau une anse bleue noire en voie de perforation que l'on essaie de libérer, mais malgré les précautions prises elle se perfore. Issue de matières en grande quantité. Suture de l'orifice iléal en deux plans. Fermeture en 3 plans, sous couvert d'un drainage. Pénicilline et Streptomycine in-loco.

Soins post-opératoires

Pénicilline. Streptomycine. Tifomycine.

Aspiration duodénale continue.

500 cc de sang, 500 cc de plasma, 1 litre de sérum physiologique et 1 litre de sérum glucosé.

Suites opératoires

- 23 Juillet 1951

Emission de gaz. Pas d'émission de matières, mais abdomen peu tendu et dépressible. Le malade ne se plaint d'aucun syndrome douloureux.

- 24 Juillet 1951

Issue de matières et gaz en grande quantité.

On décide d'enlever l'aspiration.

Dans les jours qui suivent, amélioration de l'état général. Ablation du drain, le 4ème jour.

- 19 Août 1951

Le malade sort guéri.

Observation N° 13

Madame R..., est adressée dans le service le 7 Mai 1951 pour polype du col utérin et métrorragies importantes.

Une hystérogographie pratiquée 3 jours plus tard montre une cavité utérine déformée, irrégulière, très agrandie et suspecte.

On décide d'emblée de pratiquer une hystérectomie.

- 16 Mai 1951 - Intervention Dr. ISELIN - HYSTERECTOMIE TOTALE SANS CONSERVATION - APPENDICECTOMIE COMPLÉMENTAIRE

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Utérus de volume moyen, avec présence d'un fibrome. Hystérectomie totale. Suspension des angles du vagin au moignon du ligament rond. Péritonisation par colon-vessie. Appendicectomie complémentaire. Fermeture en 3 plans, sous couvert d'un drainage vaginal.

Suites opératoires - Normales

- 1er Juin 1951

La malade présente brusquement une impression de pesanteur au niveau de l'hypogastre avec crises douloureuses de plus en plus vives, quelquefois subintrantes. Elle signale d'autre part, un vomissement bilieux.

Quelques heures plus tard, exacerbation des signes fonctionnels. Nouvelle crise de vomissements Arrêt des gaz et des matières.

- 2 Juin 1951

A 3 h. du matin l'état s'aggrave et la crise occlusive n'ayant cédé à aucun traitement médical (Prostigmine, sérum hypertonique), on installe l'aspiration duodénale continue et on décide de faire des clichés radiologiques.

Un examen plus approfondi permet de déceler par le toucher vaginal, au niveau du cul-de-sac de Douglas, une masse bombant dans ce dernier. Masse très douloureuse, rénitente, de la taille d'une grosse orange.

Radiographie

Distension localisée à quelques anses grêles, avec absence d'aéro-colie.

Sur les radiographies debout, présence de plusieurs niveaux liquides.

On conclut à une occlusion mécanique dont la cause paraît être un abcès du Douglas.

On décide de faire une colpotomie. Celle-ci ramène 20 à 40 cc d'un liquide aéro-hématique non odorant.

Le toucher vaginal pratiqué à nouveau, sur la table d'opération, permet de sentir à bout de doigt la masse rénitente précédemment perçue. On pense qu'il s'agit d'une anse intestinale, passée à travers le surjet colo-vésical et étranglée par ce dernier.

- 2 Juin 1951 - Intervention - Dr. SERLACHAL - LIBERATION D'UNE ANSE ETRANGLEE

Incision médiane sous-ombilicale itérative. Anses intestinales moyennement dilatées. Après les avoir refoulées, on s'aperçoit qu'une anse grêle ne peut être mobilisée, elle pénètre par un orifice de la péritonisation colon-vessie à l'angle gauche de celle-ci, entre le péritoine antérieur vésical, le méso-sigmoïde et le péritoine postérieur. On agrandit l'orifice au doigt et on libère l'anse qui apparaît violacée sur environ 20 cm. Sous l'effet du sérum chaud et des injections de Novocaïne dans le méso, l'anse revient un peu. Etant donné l'état de la malade, l'absence de toute plaque de sphacèle, on décide de refermer. Fermeture en 3 plans, après avoir soigneusement refermé l'orifice de la péritonisation colon-vessie, agent d'étranglement à l'anse.

Suites opératoires

Dans les jours qui suivent, amélioration nette de l'état général (traitement : sérum physiologique glucosé, protéine), émission de gaz au 2ème jour et de matières au 3ème. Défervescence rapide.

Mais les jours qui suivent, la température remonte.

Un traitement antibiotique énergique est mis en oeuvre et on y adjoint, la malade étant légèrement deshydratée, du sérum glucosé et physiologique en quantité importante.

- 21 Juin 1951

A 17 h. lors de la contre-visite, la malade se plaint de difficultés à émettre ses gaz.

Pouls à 90, bien frappé. Température à 39°7.

Le toucher vaginal ne montre rien de particulier, mais on est frappé par deux choses :

Ballonnement médian et sous-ombilical, tympanique, peu douloureux à la palpation avec présence d'ondulations péristaltiques.

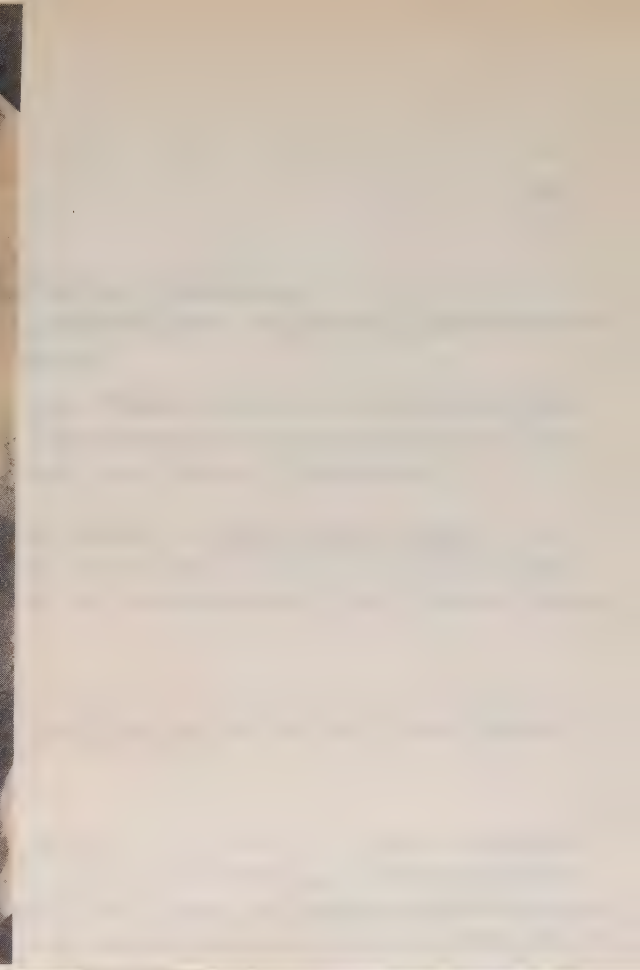
Une zone sensible dans le flanc droit, la palpation donnant l'impression d'un plastron.

On pense à une occlusion et l'on demande des clichés.

Radiographie

Présence d'anses grêles distendues sans image d'aérocolie. Plusieurs niveaux liquides sont visibles sur les radiographies debout.

On fait le diagnostic d'occlusion mécanique, dont la cause pourrait être une péritonite plastique adhésive localisée ou un abcès profond onkysté.



On installe une aspiration duodénale continue.

Traitement adjuvant : Sérum physiologique et glucosé, hypertonique, Proctignine.

Dans les jours qui suivent, peu d'amélioration de l'état général et toujours présence d'une masse douloureuse dans le flanc droit. Pensant qu'il s'agit d'un abcès profond, on décide d'intervenir.

- 25 Juin 1951 - Intervention - Dr. ISELIN - EVACUATION D'ABCS

Incision transversale latérale entre crête iliaque et cartilages costaux. Ouverture d'une collection de pus très bien lié, fétide. Drainage par lame de caoutchouc.

Suites opératoires

Dans les jours qui suivent, amélioration nette de l'état général, mais

- 3 Juillet 1951

Douleurs à type de point de côté, localisées à la partie postéro-inférieure de l'hémi-thorax droit. La malade évacuant normalement ses gaz et selles, on pense à la possibilité d'une collection sus-diaphragmatique, l'examen ayant d'autre part montré une matité de la base droite.

Radiographie

Opacité de tous les culs-de-sac costo-diaphragmatiques sans pourtant de niveaux liquides visibles.

Vérification à la scopie qui permet de conclure à la présence d'une collection purulente enkystée de la base droite.

La ponction ne ramenant pratiquement pas de pus, on décide de faire une pleurotonie avec résection costale et mise en place d'un drain à collerette.

Dans les jours qui suivent, amélioration très nette de l'état général et local. La malade quitte le service le 1er Août 1951.

Elle revient dans le service le

- 24 Septembre 1951, pour syndrome douloureux de la fosse iliaque gauche et coliques légères.

- 26 Octobre 1951

Phénomènes de sub-occlusion avec nausées, coliques, arrêt des matières et des gaz pendant 24 h. et météorisme important.

Radiographie

Distension de plusieurs anses grêles dans l'hémi-abdomen gauche avec présence de niveaux liquides sur les radiographies debout.

Traitement

Aspiration duodénale continue.
Prostigmine.

Dans les jours qui suivent tout rendre dans l'ordre, mais dans les jours suivants, petits phénomènes sub-occlusifs. Etant donné les divers examens radiographiques, les interventions précédentes et le contexte clinique (déficience de l'état général), on décide de tenter l'opération de Noble.

Traitement pré-opératoire

500 cc de sang. 1 litre de plasma. Protéines.

- 12 Novembre 1951 - Intervention - Drs. PEROTIN / ISELIN - OPERATION DE NOBLE

Médiane sous et sus-ombilicale. On tombe sur des adhérences multiples et serrées. Libération pénible surtout dans la fosse iliaque gauche où on est obligé de faire une petite résection d'anses grêles, cette dernière ayant été ouverte à deux reprises, lors de la libération. Suture termino-terminale en 3 plans, par bord à bord. Après libération complète des anses intestinales, on pratique un Noble sur tout le grêle en plaçant la dernière anse grêle en convexité supérieure. Fermeture de la paroi en 3 plans.

Suites opératoires

Excellentes, la malade ayant émis ses gaz le 2ème jour et ses matières le 3ème.

Sortie complètement guérie.

La malade est revue en Mars 1952 - Excellent état général, un contrôle radiographique montre un transit intestinal absolument normal.

Observation N° 14

Indonnoiselle J..., 30 ans, est adressée dans le service pour pelvi-péritonite le 5 Novembre 1951.

Après un traitement médical par Propidon et Antibiotiques, on arrive à refroidir les lésions et l'on décide d'intervenir.

- 15 Novembre 1951 - Intervention - M. BÉLPOME - HYSTERECTOMIE SUB-TOTALE SANS CONSERVATION

Médiane sous-ombilicale. Dès ouverture du péritoine, on tombe sur une énorme masse de la taille d'une tête d'adulte, bloquant tout le petit bassin et présentant des adhérences avec l'épiploon et le grêle. On libère l'intestin que l'on déperitonise partiellement et sur lequel on pratique d'emblée un Noble partiel. Puis on sculpte la masse dans le pelvis et, ce faisant, on voit qu'elle est constituée d'une multitude de loges pleines de pus franc. Il est impossible d'y retrouver les ovaires ainsi que le pédicule utéro-ovarien. On pratique alors une hystérectomie sub-totale. La repéritonisation est impossible et l'on décide de refermer après avoir mis en place un drain et un Mickulicz.

Suites opératoires - Normales

- 16 Novembre 1951

Ce jour, tendance à se ballonner. Ne rend ni gaz, ni selles depuis l'intervention. D'autre part, la malade signale un état nauséux constant.

A l'examen

Abdomen légèrement météorisé, tympanique.

On pense à une occlusion mécanique par péritonite plastique adhésive.

Radiographie

Distension de plusieurs anses grêles sans aérocolie.

Traitement

Aspiration duodénale continue.

Prostigmine. Atropine.

Sérum physiologique et glucosé. Sérum hypertonique salé.

- 17 Novembre 1951

La malade ne rend toujours pas ses gaz.

- 18 Novembre 1951

Emission de quelques gaz, l'abdomen pratiquement plat, indolore.
On décide de supprimer l'aspiration.

- 19 Novembre 1951

Nouveau météorisme important.
On remet l'aspiration qui ramène 5 litres de liquide.

- 19 Novembre 1951 (A la contre-visite)

A l'examen

Météorisme toujours important. Pas d'ondulations péristaltiques visibles.

On décide d'enlever le Mickulicz et le drain. A la place, on remet un nouveau drain. Issue, durant toute la journée, de sérosité en très grande quantité par le drain. On se trouve dans l'obligation de changer de pansement à plusieurs reprises.

- 20 Novembre 1951

Toujours pas de gaz, ni de matières; mais abdomen beaucoup moins météorisé et pratiquement plus aucune crise douloureuse. Nous souvenant alors de certaines observations précédentes, nous pensons qu'il s'agit en réalité d'occlusion sur drain et enlevons ce dernier.

Quelques heures plus tard, émission de gaz en très grande quantité.

Dans les jours suivant, il se constitue un abcès au niveau de la paroi. On décide de le drainer.

- 28 Novembre 1951

Important phénomène de nécrose au niveau de la paroi, particulièrement à l'endroit du drainage.

- 11 Décembre 1951

Nouvel épisode occlusif.

On retire le drain que l'on pense être l'agent causal.

Dans les heures qui suivent, reprises du transit intestinal.

Les jours suivant, amélioration de l'état général et local, mais

- 22 Décembre 1951

Difficulté à rendre les gaz et les matières.

A l'examen

Abdomen souple, très peu météorisé et peu douloureux.

- 23 Décembre 1951

Arrêt complet des gaz et des matières.

A l'examen, aucun changement avec la veille.



Radiographie

Distension de plusieurs anses grêles avec, sur la radiographie debout, présence de niveaux liquides. Absence d'aérocolie.

On fait le diagnostic d'occlusion mécanique et l'on installe une aspiration duodénale continue.

Réhydratation par sérum physiologique.

- 24 Décembre 1951

Etat inchangé, mais douleurs très peu importantes et abdomen beaucoup moins météorisé.

- 26 Décembre 1951

Crises douloureuses abdominales très intenses, survenant par crises paroxystiques. Etat général s'altérant de plus en plus. On ne voit pas d'ondulations péristaltiques, mais abdomen très météorisé. Nous pensons alors qu'il s'agit d'une occlusion sur brides et l'on décide de réintervenir dès que l'état de la malade le permettra.

Traitement

Sérum physiologique, glucosé, Plasma, Sang.

Poursuivre l'aspiration duodénale.

- 27 Décembre 1951 - Intervention - Dr. BLANGUERNON - SECTION DE BRIDE

Jalaguior droit. Dès ouverture du péritoine, on tombe sur des anses plates et brusquement, sur deux anses très dilatées, cyanosées et inertes. A leur base, une bride sur la racine du mésentère. Bride de la taille d'un crayon. Section de la bride. Novocaïne dans les mésos et application de sérum chaud. Les deux anses se recolorent et présentent des ondulations péristaltiques. On décide de les réintégrer. Fermeture en 3 plans.

Suites opératoires - Satisfaisantes.

Dès son réveil, la malade ne souffre plus et 36 h. plus tard, elle évacue quelques gaz spontanément.

On décide d'enlever l'aspiration.

La malade quitte le service en très bon état le 12 Janvier 1952.

Observation N° 15

Monsieur I..., 28 ans, est hospitalisé le 5 Février 1953 pour occlusion intestinale aiguë.

En réalité, pas d'arrêt complet des gaz et des matières. Bon état général.

A l'examen

Météorisme moyen, légèrement asymétrique (hypochondre gauche). Paroi tendue, élastique avec douleur diffuse sous-jacente.

Toucher rectal : Ampoule rectale vide.

Radiographie

Distension colique importante. Pas de distension grêle.

Lavement baryté - Dolichosigmoïde.

Le malade continuant à souffrir et rendant mal gaz et matières, on pense à une mésosigmoïdite rétractile et on décide d'intervenir.

- 20 Février 1953 - Intervention - H. BELPOMME - COLLECTOMIE SIGMOIDIENNE IDEALE

Incision iliaue externe gauche. Rétraction fibreuse importante du méso-sigmoïde. On pense qu'il s'agit d'une maladie de Hirschsprung.

Résection de l'anse sigmoïdienne. Anastomose termino-terminale. Drainage par lame de caoutchouc. Perfusion 500 cc de sang.

- 21 Février 1953

Température 39°. Abdomen légèrement distendu. Tendance nauséuse. Ne souffre pas.

- 22 Février 1953

Abdomen météorisé. La température ne cède pas.

Radiographie

Distension grêle et gros.

Diagnostic

Occlusion dys-dynamique.



Traitement

Atropine. Prostigmine.
Sérum salé. Sérum glucosé.
Aspiration duodéno-jéjunale continue.

- 23 Février 1953

Etat inchangé. Aucun gaz ni selle depuis l'intervention.

Radiographie

Distension grêle importante, mais les avis sont partagés. Certains pensent qu'il y a en plus association d'une distension colique, d'autres penchent vers le diagnostic d'occlusion mécanique.

Lavement baryté - Arrêt net au niveau de la boucle anastomotique.

L'aspiration marche bien, la sonde à mercure se trouve bien dans le grêle, mais le météorisme ne diminue que très peu.

- 24 Février 1953

L'état général s'aggrave petit à petit. Le météorisme ne disparaissant pas on décide dans le doute et vu la divergence des points de vue, d'intervenir et de pratiquer une caecostomie.

- 24 Décembre 1953 - Intervention - M. BELPOINTE - CAECOSTOMIE

Laparotomie médiane. Anses grêles distendues. Aucun volvulus, aucun obstacle mécanique. La suture du colon est étanche. Caecum plat. On pratique une caecostomie.

Suites opératoires

Sur la table d'opération, au moment du réveil, le malade rend quelques gaz.

Dans l'après-midi, 3 selles spontanées de matières liquides, mais état de choc très important.

A 20 h. décès dans le collapsus.

B I B L I O G R A P H I E

ABBOTT W.E. et MELLORS C.

Altération des liquides, des protéines et de l'électrolyte dans l'obstruction intestinale expérimentale.

(Annals of Sugery, Vol. 117, Janvier 1943)

ABBOTT W.O.

Maintien liquidien et nutritionnel par l'emploi du tube intestinal.

(Annals of Surgery, N° 4, Octobre)

ABBOTT et MELLORS E.

Etude des liquides corporels dans l'occlusion expérimentale aux divers niveaux du tractus gastro-intestinal.

(Surgery N° 3, Septembre 1942)

ALESTE

Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale aiguë après ligation temporaire à la Doleris.

(Thèse Paris, 1939)

ALLUCHON Cl. et GONNARD F.

Conséquences biochimiques de l'aspiration gastro-duodénale.

(Annales de Biologie Clinique N° 7, 8, 9

Juillet-Septembre 1952)

BACHY G. et CARREY G.

Occlusion intestinale précoce après appendicectomie à chaud. Aspiration duodénale continue. Iléostomie. Guérison.

(Mémoires Académie de Chirurgie, 6 Juin 1945)

BALANGERO

Post-opérative intestinal obstruction.

(Journal of the Intern. Col. of Surgeons, Nov. 1952
N° 5)

BARBIER

8 cas d'occlusion du grêle traités par anastomose de dérivation.

(Mémoires Académie de Chirurgie, 1944, p. 366)

BARDEN et THOMPSON

L'influence des protéines du sérum sur la motilité de l'intestin grêle.

(Surgery Gynecology and Obstetrics, May 1938, p. 1819)

BARRAYA L. et PORTES

Notes sur la pathologie chirurgicale post-opératoire des gastrectomies et gastro-entérostomies, les occlusions.

(Journal Méditerranéen Médical, N° 134, 15 Fév. 45 p. 32-34.)

BENNET L.C.

Diagnostic et traitement de l'occlusion du grêle.

(American Journal of Surgery, Oct. 1945, p. 59-64)

BERKOVICY

L'aspiration duodénale continue dans les occlusions intestinales.

(Thèse Paris, 1951)

BERNARD R.

Drainage du grêle dans les iléus paralytiques et dans les occlusions.

(Revue de Chirurgie, Oct. 1935, p. 606)

BERNARD R.

La distension au-dessous de l'obstacle dans l'occlusion intestinale.

(Mémoires de l'Académie de Chirurgie N° 25, 1944)

BERNARD et ISELIN

Diagnostic radiologique de l'occlusion intestinale

(Mémoire Académie de Chirurgie, 4 Nov. 1942)

BERNARD R., ISELIN M., BLANGUERNON S.

Diagnostics radiologiques de l'occlusion intestinale. Etude de la distension gazeuse.

(H.A.C., T. 68, p. 26-27, Nov. 1942)

BERTRAND et MATHIEU

Occlusion aiguë du grêle.

(Lyon Chirurgical, 1944, p. 520)

BLANGUERNON, BOUSSARD, VERNES

Résection intestinale avec suture termino-terminale par "anastomose aseptique" et opération de Noble.

(M.A.C.)

BLAISE et KENNEDY

(Archives of Surgery, Vol. 53, N° 4)

BLODGETT J.

Une estimation de l'aspiration intestinale dans l'occlusion intestinale.

(Surgery N° 4, Avril 1942)

BODENHEIMER M.

Etude des méthodes modernes dans le traitement de l'occlusion intestinale.

(Journal of the international of Surgeons N° 2, Mars-Avril 1947)

BOHPART A.

L'avenir des anastomoses intestinales établies en période d'occlusion. Forme chirurgicale du syndrome après.

(Mémoire de l'Académie de Chirurgie, 30 Av. 52, p. 419)

BOHPART A.

A propos de l'occlusion post-opératoire précoce.

(Mémoire de l'Académie de Chirurgie, T. 77, p. 15, 16, 17, Mai 1951)

BREBAUT

Une complication exceptionnelle de la gastrectomie. L'occlusion du grêle dans la fente rétro-anastomotique.

(Mémoire de l'Académie de Chirurgie, 9 Juill. 47)

BROCO P. et EUDEL F.

Aspiration duodénale continue. Technique, limites, erreurs d'indication, etc...

(Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 1944, p. 18-21)

BROCO P. et EUDEL F.

Les sondes à la lumière unique et lestées au mercure dans l'intubation du grêle et du colon.

(Presse Médicale, N° 20, 23 Mars 49)

BROCO, ISELIN, EUDEL

Aspiration continue d'après Wangensteen dans l'occlusion intestinale aiguë.

(Mémoires Académie de Chirurgie 1941, N° 718)

BROCO, ISELIN, EUDEL

Aspiration duodénale continue dans le traitement de l'occlusion intestinale.

(Presse Médicale, 17 Juin 41)

CANTON

Intestinal intubation. (Springfiel Charles Thomas Publisher, 1949)

CAPETTE

Aspiration duodénale continue dans un cas d'occlusion post-opératoire

(Mémoires Académie de Chirurgie 1941, p. 207)

CARLSON et MARSHALL

Occlusion intestinale consécutive à l'appendicectomie. Etude de 21 ans.

(Annals of Surgery, 3 Mai 1944)

CHAMPEAU, COTILLON et VARAY

Occlusion paralytique du grêle et fibrome du mésentère.

(Mémoires Académie de Chirurgie, 3 Mai 1944;

CHAPLET

(Thèse Paris, 1948)

CHARRIER-MASSE

Occlusions post-opératoires précoces en chirurgie colique et rectale.

(Journal de Chirurgie, T. 67, N° 8, 9, Sept. 51)

CHAUANNAZ

Occlusion intestinale post-opératoire. Aspiration duodénale et iléostomie.

(Journal Méd. Bordeaux et du S.O., N° 13, p. 15-17 1942)

CHEYNEL

Des risques de l'entéro-anastomose pour occlusion intestinale.
(Archives - Académie, 1948 p. 488)

CLAVEL

Statistique d'occlusion de grêle
(Lyon Chirurgical, 1944, p. 536)

CLAVEL Ch.

Complications iléales de la chirurgie du gros intestin.
(Lyon Chirurgical, T. 44, 1949)

COLE W.

Intestinal Obstruction (Californic Med. 75, Nov. 1950)

COIGNAUD

Sur l'opportunité des différents procédés d'entéro-anastomose dans les occlusions précoces post-opératoires.
(Thèse Bordeaux, 1945)

COLLER F.A. et BUSTON R.W.

Acute obstruction of the small bowel (J.A.M.A., May 1949)

CUTTER E. et PIJOAN W.

Certain chemical factors in experimental high intestinal obstruction.
(Surg. Gyn. Obst. 63, 1937)

DANIS A.

La leucocytose, signe d'alarme dans l'obstruction intestinale
(Acta, Chirurgica Belgica, N° 5, Mai 1949)

DAVIS MARSH, GATIN et PRELET

Surg. Gyn. Obst. Vol. 87, 1er Juil. 1948

D'ALLAINES F.

Colectomie totale pour mégacolon.
(M.A.C., 73, Mars 1947)

DE BOTTON R.

L'occlusion intestinale et péritonite post-opératoire (appendicite) guérie par iléo-sigmoïdostomie.
(Mémoires Académie de Chirurgie, 30 Avril 1947)

DELCOUX F.

Traitement de l'occlusion aiguë par l'aspiration continue. Généralités. Statistiques.
(Lille Chirurgical N° 3, Mai-Juin 1946)

DELCOUX et GIEZ

L'aspiration continue dans le traitement de l'occlusion intestinale (indication et technique).
(Journal de Chirurgie, T. 59, p. 113)

DELCOUX et HABART

Résultats de l'aspiration dans 19 cas d'occlusion du grêle.
(Lille Chirurgical, Mai-Juin 1946, p. 163)

DESJACQUES

Drainage dans l'appendicite aiguë ou occlusion secondaire de l'intestin grêle.
(Lyon Chirurgical 1944, p. 86)

Occlusion intestinale aiguë tardive.

(Presse Médicale N° 5, 3 Fév. 1945)

DESJACQUES et BEYSSAC

Sur les occlusions aiguës du grêle.

(Lyon Chirurgical N° 4, Juillet-Août 1944, p. 833)

DOR

Considérations cliniques et thérapeutiques sur 28 cas d'occlusion intestinale aiguë.

(Marseille Médical, 1941, p. 386)

EVANS E. et BIGGER J.A.

Diagnostic précoce et traitement des occlusions intestinales par strangulation.

(Journal of American Medical Association Vol. 135, N° 8, 22 Fév. 1947, p. 513-516)

EUDEL R.

L'aspiration duodénale continue (Thèse Paris, 1943-1944)

FALKETNER et HABY

Au sujet de l'opération de Noble dans les occlusions post-opératoires tardives.

(Académie de Chirurgie, 7 Fév. 1951)

FINE and GENDEL

Plasma transfusion in experimental intestinal obstruction.

(Annales of Surgery, 1940)

FINE, FUCHS and GENDEL

Change in plasma volume due to decompression of the distended small intestine.

(Arch. of Surgery, 1940, 40.710)

FINET G.

L'importance des mesures non chirurgicales dans le traitement de l'occlusion intestinale.

(Surgery N° 2, Fév. 1947)

FIOLLE

L'inversion paradoxale des zones d'affaissement et de distension dans certains iléaux : les dilatations en aval de l'obstacle. Rôle du système nerveux au cours de l'occlusion intestinale.

(Soc. de Chir. de Marseille, 7 Oct. 1940)

GASTER J. et DAVIS A.

Le degré d'étranglement de l'intestin grêle compatible avec la Vie.

(Arch. of Surgery, N° 3, Mars 1949)

GAUSSER et BOUYSSOU

Radiographie sans préparation des abdomens aigus.

(Presse Médicale, Oct. 50, N° 61)

GOSSET, BINET et PETIT DUTAILLIS

Toxémie occlusive, étude clinique expérimentale.

(Journal de Chirurgie, T. 35, Mars 1950, p. 521)

CRANJON et DELMAS

Une occlusion vraiment récidivante.

(Soc. Chir. Marseille, 13 Mars 1944)

GRIER MILLER

Development of double-lumened tube for intestinal intubation.
(J.A.M.A., May 1949)

GUELLETTE

Les brides intra-péritonéales en cordes.

(Mémoires Académie de Chirurgie, T. 72, 6 Fév. 46)

Des accidents occlusifs après hystéropexie.

(Entretiens de Bichat, 1951)

HARRIS F.R.

L'intubation intestinale dans l'occlusion intestinale.

(Surgery, Gyneco and Obstetrics, N° 6, Déc. 45)

HARRIS Fr. and LEFF WALTER

Indication and contraindications for intestinal intubation in small bowel obstruction.

(Journal of the Intern. Col. Surg. Janv. 52, N° 1)

HOLLENDER L. et ELMAN H.

Traitements des déficits en potassium dans la période post-opératoire

(Journal de Chirurgie, T. 68, N° 12, 1952)

HUET

Quatre observations d'occlusions de l'appendicite.

(Soc. Nat. Chir., 22 Mai 1935)

HUET Cl. J.

Acute small bowel obstruction.

(Journal of Intern. Coll. of Surgery, Sept. 52,
N° 3)

HUET Cl. J.

Le diagnostic précoce et le traitement de l'occlusion.

(Surgery, vol. 19, N° 2, Fév. 1946)

ISELIN M. et FUEDEL F.

L'aspiration continue d'après Wangensteen dans l'occlusion intestinale aiguë.

(Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 1941, p. 160)

ISELIN M.

Valeur pratique de l'hémoconcentration dans les phénomènes du shock.

(Presse Médicale 66-67, Août 1941)

ISELIN M.

L'iléus dynamique et son diagnostic pré-opératoire.

(Atto Memorie de la Societa Romana di Chirurgia,
Vol. V, Franc. Nov. 1948)

ISELIN M. et BLANGUERNON S.

Diagnostic des iléus par troubles de la motricité intestinale.

(Mémoires Académie de Chirurgie, 6 Juin 45)

ISELIN M. et DIECKMANN

Réflexions sur l'iléus dynamique.

(Sté Médico-Chirurgicale des Hôpitaux Libres,
11 Décembre 1945)

JANVIER M.

Iléo-transversostomie systématique dans les occlusions post-opératoires précoces.

(Mémoires Académie de Chirurgie, T. 77, N° 16-17, Mai 1951)

JOYEUX

Le problème thérapeutique dans les occlusions post-opératoires secondaires précoces.

(Mémoires Académie de Chirurgie, T. 77, N° 16-17, Mai 1951)

JUDET J. et R.

Traitement des occlusions post-opératoires d'origine appendiculaire.

(Concours Médical, 11 Juin 1943)

LABORIT H.

Etude expérimentale et clinique des phénomènes neuro-végétatifs dans l'occlusion intestinale.

(Semaine des Hôpitaux, N° 21, 18 Mars 1950)

LAMBRET et DRIESSENS

Rôle du système neuro-végétatif dans la production de l'hypochlorémie au cours de l'occlusion.

(M.A.C., 25 Juin 1941)

LAMBERT O., DELCOULX P. et DRIESSENS J.

L'exhémie plasmatique dans l'occlusion intestinale aiguë.

(Presse Médicale N° 9-10, Janv. 1942)

LAUARDE J. et CHEVRET R.

Contribution à l'étude radiologique des occlusions. Hernie étranglée de l'hiatus de Winslow.

(Presse Médicale, 15 Juin 1949)

LE CAIN

Contribution à l'étude de l'entéro-anastomose "a minima" comme traitement de l'occlusion intestinale post-opératoire en particulier après appendicectomie.

(Thèse Paris, 1944)

LEGER L.

Les lésions intestinales dues à l'air comprimé.

(Journal Chirurgical, 57, 189, 1941)

MAC IVER

Occlusion intestinale aiguë

(Archives of Surgery 1932, Vol. 25, p. 1098 et American Journal of Surgery, 1935)

MALVY P.

(Thèse Paris, 1950)

MARTIN (Observations)

Rupture de l'anse occlusive, aspiration, résection anastomose termino-terminale. Noble sur les trois quarts.

(Académie de Chirurgie)

MILONTEIL

Les occlusions post-opératoires

(Revue de Chirurgie, Octobre 1936)

MASSE Ch.

De l'intérêt de la position de Trendelenburg dans le diagnostic radiologique des occlusions intestinales aiguës.

(Thèse Paris, 1945)

MIALARET et BOUDREAU

Commentaires sur 64 observations inédites de Volvulus partiel de l'intestin grêle.

(Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 1943, p.325)

MILLER G.

Développement of double-lumened tube for intestinal intubation.

MONDOR H.

Diagnostics urgents (Masson Paris, 1940)

MONDOR H., PORCHER et OLIVIER

Radio-diagnostics urgents (Abdomen)

(Masson Paris, 1943)

MOULONGUET

Les limites du radio-diagnostic de l'occlusion intestinale.

(Mémoires de l'Académie de Chirurgie, T. 73, N° 6)

MOULONGUET

La radiographie abdominale sans préparation dans l'occlusion intestinale aiguë.

(Soc. Nat. Chir., 1943, p. 1405)

MOULONGUET

Radio-diagnostic en chirurgie abdominale d'urgence.

(Mémoires Académie de Chirurgie, 1942, p. 280)

MUNTWYLER E.

Troubles des liquides, des protides et des électrolytes de l'occlusion expérimentale.

(Annals of Surgery, N° 1, Janv. 1943, p. 39-41)

MYERSON A. et RITVO N.

Benzedrine sulfate and its value in spasm of the gastro-intestinal tract.

(J.A.M., 107, 24, 1936)

NOBLE T.B.

Plicature de l'intestin grêle dans la prévention des adhérences.

(American Journal of Surgery, Vol. 35, p. 41-44, 1937; Vol. 5, p. 319, 1942)

NOBLE T.B.

La place de la plicature du grêle dans le traitement de la péritonite.

(Journal of Intern. Collège of Surgeons, Vol. 5, p. 319, 1942)

OLIVIER Cl.

Radio-diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë.
(Semaine des Hôpitaux, N° 24 du 30 Mars 1949)

OLIVIER Cl.

Hypotension au cours d'une occlusion intestinale réflexe ayant
subie une iléostomie et une opération de Noble.

OLIVIER Cl., FAUREL J. et ARVAY N.

Le pneumopéritoine sans tension de l'occlusion intestinale aiguë.
(Presse Médicale, 23 Janvier 1952)

PAINE J.

Continuous suction drainage.
(J.A.M.A., May 1949)

POILLEUX et EUDEL

Notions actuelles sur la pathogénie de la maladie occlusive.
(Paris Médical, N° 27 du 30 Sept. 1945)

POILLEUX et FRILEUX

A propos de l'opération de Noble.
(Mémoire Académie de Chirurgie, T. 77, N° 16-17,
Mai 1951)

QUENU E.

De l'occlusion intestinale à la suite des laparotomies.
(Gazette des Hôpitaux, 31 Mars 1894)

QUENU J.

Traité de technique chirurgicale.
(Paris Masson, 42-44)

QUENU J.

L'entéro-anastomose dans l'occlusion post-opératoire.
(Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 1942, p. 354
et 1945 p. 365)

QUENU J. et THOMERET G.

Image de transit iléal après opération de Noble.
(Journal de Chirurgie, 6 Déc. 1949)

QUENU J. et THOMERET G.

L'opération de Noble.
(Académie de Chirurgie, 17 Janv. 1951)

REINUS Fr.

Critères diagnostiques dans l'obstruction de l'intestin grêle avec
strangulation.
(Annals of Surgery, Vol. 133, Fév. 1950)

REYNOLD J.C.

Diagnostic et traitement des occlusions intestinales aiguës par
strangulation.
(Journal des Praticiens, 31 Août 1950)

RHOADS J.E.

The use and abuse of the miller. Abbott tube.
(Surg. Obs. and Gynec., 9 Fév. 1951)

ROTHBART F., MEYER J. et STEINBERG

The preoperative Diagnostic of gaseous inflammation in the "Acute Abdomen".

(Journal of the Intern. Coll. of Surgeons,
Sept. 1952, N° 3)

ROUX et SEYER

Occlusions post-opératoires.

(Journal de Chirurgie, 1945, T. 61)

ROUX H. et TROUILLAUD F.

Possibilités et limites de la dérivation interne dans le traitement des occlusions secondaires précoces.

(Mémoires Académie de Chirurgie, T. 77, N° 18-19,
Mai 1951)

SANTY

A propos des occlusions aiguës de l'intestin grêle.

(Lyon Chirurgical, 1944, p. 619)

SALMON

Occlusion post-appendiculaire chez un enfant.

(Soc. Chir. Marseille, 6 Mars 1944)

SENEQUE et ROUX

L'iléus spasmodique. (Presse Médicale, 4 Mars 1944)

SEYER J.

Contribution à l'étude étiologique, clinique et thérapeutique des occlusions intestinales post-opératoires.

(Thèse Paris, 1946)

SOUPAULT et BENASSY

Conceptions actuelles sur l'occlusion intestinale aiguë du grêle.

(Paris Médical, 1941, N° 16)

SOUDANT P.

Occlusion intestinale par adhérence et coudure du grêle à la suite d'une myomectomie de la face postérieure du corps utérin.

(Mémoires Académie de Chir., 16 Fév. 1944)

STERLING et BUMBEL M.D.

The Nature of intestinal obstruction with deductions for treatment.

(Reprinted from Internat. Clinics, Vol. IV, 1924)

SUIRE P.

La dilatation sigmoïdienne digestive post-opératoire. Trouble de la perméabilité digestive.

(Presse Médicale, 15 Janv. 1942)

TAVERNIER et TRILLAT

Occlusion post-opératoire guérie par la seule aspiration duodénale.

(Lyon Chirurgical, 1944, p. 626)

THOMERET

Physiopathologie et traitement de l'occlusion intestinale.

(Journal de Chirurgie, T. 66, N° 5, Mai 1950)

THOMERET

L'opération de Noble dans l'occlusion intestinale.
(Entretiens de Bichat, 1951)

THOREK P.

L'occlusion intestinale.
(Rocky Mountain Medical Journal N° 7, Août 1949)

TOUPET VIARD F. et GIBERT

Traitement des complications d'ordre spasmodique post-opératoires
par un complexe calco-magnésien.
(Sté Médico-Chirurgicale des Hôpitaux Libres,
Nov. 1935)

URIBURU J.V.

Occlusion intestinale. Traitement médical et aspiration.
(Buenos-Ayres)

WANGENSTEEN

Résultat de l'emploi de l'aspiration dans le traitement de l'occlusion
intestinale aiguë, indications, contre-indications et limites
de la méthode.
(Surgery, Gyn. et Obstr., N° 5, Mai 1939, p. 861)

WANGENSTEEN

Intestinal Obstructions. (Charles Thomas Publisher)

YOVANOVITCH

Indications, technique et résultats de l'iléostomie dans le traitement
des occlusions intestinales post-opératoires.
(Thèse Paris, 1937)

YOVANOVITCH

Les inconvénients et les dangers de la ligamentopexie à la Doléris.
(Bulletin Médical, 8, 18, 1938)

YOVANOVITCH

L'occlusion intestinale aiguë tardive des laparotomies.
(Presse Médicale, N° 5 du 3 Fév. 1945)

T A B L E D E S M A T I E R E S

	Pages
Introduction	1
Mécanisme, Lésions élémentaires	6
Etiologie	23
Physiologie, Pathologie	30
Clinique	39
Radiologie	47
Diagnostic	53
Indications opératoires	57
Traitement	60
Résultats	67
Conclusions	68
Observations	70
Bibliographie	105

Vu : LE DOYEN

Vu : Le Président de la Thèse

M. BAUDOUIN

J. QUENU

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

